



LAUREA

sairaanhoitajien kokemuksia hoitamisesta nuorisopsykiatrisella osastolla

• • • • •

Enckell, Jenni

2009 Hyvinkää

Laurea ammattikorkeakoulu

Laurea Hyvinkää

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Terveystieteiden koulutusohjelma

Mielenterveyttä edistävän työn johtaminen ja kehittäminen

Tiivistelmä

Jenni Enckell

Diagnoosina ADHD - sairaanhoitajien kokemuksia hoitamisesta nuorisopsykiatrisella osastolla

Vuosi

2009

Sivumäärä 67

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia hoitaa nuorisopsykiatrisella osastolla nuoria, joilla on todettu ADHD. Asiaa lähestyttiin perhetyön ja yhteisöllisyyden teemoista. Tarkoituksena oli myös selvittää millaista koulutusta sairaanhoitajat ovat aiheesta saaneet, millaista hyötyä siitä on ollut ja millaista koulutusta he vielä toivoisivat. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin valitulta kohdejoukolta yksilöllisinä teemahaastatteluina. Tutkimus suoritettiin kesäkuussa 2009 Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) nuorisopsykiatriassa, Jorvin sairaalassa, osastoilla PN1 ja PN2. Haastateltavia oli yhteensä kahdeksan, molemmilta osastoilta haastateltiin neljää sairaanhoitajaa yksilöhaastatteluina. Haastateltavat valikoituivat tutkimukseen työkokemuksensa perusteella niin, että heillä on mahdollisimman pitkä työkokemus nuorisopsykiatriasta. Haastattelut äänitettiin, litteroitiin ja analysoitiin induktiivisesti sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön taustalla on fenomenologinen lähestymistapa.

Sairaanhoitajat kokivat perhetyön tärkeänä osana nuoren hoitoa. Perhetyön suhteen nähtiin tärkeänä ymmärtää perheen haasteita nuoren kanssa ja tukea heitä arjessa. Perheen tukemiseksi tulee perheelle antaa tietoa ADHD:sta, sen oireista ja oireiden hallinnasta sekä ohjata oikeanlaisten rajojen asettamisessa. Perheen tukeminen ja kannustaminen nähtiin tärkeänä, sillä perhe saattaa saada paljon negatiivista palautetta ympäristöstään nuoren käyttäytymisestä. Sairaanhoitajat toivat esiin, että osastolla ADHD:ta sairastava nuori tuo yhteisöön omanlaisiaan piirteitä, jotka vaikuttavat yhteiseen toimintaan. Esiin nousi nuoren käyttäytyminen yhteisössä, hänen rajaamisensa ja käytöksen vaikutus muihin nuoriin. Sairaanhoitajat toivat esiin, että nuoren keskittymiskyvyttömyys ja motorinen levottomuus näkyivät nuoren käyttäytymisessä. Lisäksi esiin tuli verbaalista levottomuutta, asiatonta käyttäytymistä ja hallinnan tarvetta. Erityisesti nuoren käyttäytyminen ryhmissä, yhteisissä kokouksissa ja muussa yhteisöllisessä toiminnassa koettiin usein häiritseväksi. Käytöksen vuoksi nuorta joudutaan rajaamaan usein ja sairaanhoitajat kokivat tämän raskaaksi.

Suurin osa sairaanhoitajista koki, etteivät he olleet saaneet tutkintoa opiskellessaan minkäänlaista koulutusta liittyen ADHD:hen. Työhistoriansa aikana sairaanhoitajat olivat käyneet koulutuksissa vaihtelevasti. Sairaanhoitajat kokivat lisäkoulutuksen ADHD:sta hyvin tarpeelliseksi ja suurimmaksi osaksi he olivat sitä mieltä, että henkilökunnalla ei ollut tarpeeksi tietoa ADHD:sta. He kokivat, että lisäkoulutuksen myötä henkilökunnan ymmärrys nuorta kohtaan lisääntyisi ja myös suhtautuminen nuoreen muuttuisi suvaitsevaisemmaksi. Tiedon ja ymmärryksen myötä ”huono käyttäytyminen” nähtäisiin osana sairautta. Sairaanhoitajat toivoivat tulevissa koulutuksissa ydintietoa ADHD:sta ja käytännön hoitotyön tietoa. Ydintietoon sisältyy perustietoa, neuropsykiatrista tietoa ja diagnostillista tietoa. Käytännön hoitotyön tietoon sisältyy tietoa nuoren hoitamiseen osastolla, lääkitystietoa ja elämäntietoa.

Avainsanat: ADHD, psykiatrinen osastohoito, perhetyö, yhteisöllisyys, kouluttautuminen, laadullinen tutkimus, fenomenologinen lähestymistapa, teemahaastattelu, induktiivinen sisällönanalyysi

Laurea Hyvinkää
 Master's Programme
 Degree Programme in Health Promotion
 Development, management and promotion of mental health work

Jenni Enckell

ADHD as a diagnosis - nurses' experiences in a ward of juvenile psychiatry

Year 2009

Pages 67

The purpose of this thesis was to find out nurses' experiences of treating young people having ADHD as a diagnosis in a ward of juvenile psychiatry. The subject was approached from the themes of family work and community. The aim was also to find out what kind of education the nurses had on the ADHD, how useful they considered it and what kind of further training they would like to have. The thesis is a qualitative study in which the data was collected from a selected target group through individual theme interviews. The study was conducted in June 2009 in Helsinki University Central Hospital Juvenile Psychiatry, Jorvi Hospital in the wards PN1 and PN2. A total of eight interviews were made, four nurses from each ward were interviewed as individuals. The interviewees were selected so that they had the most extensive work experience in juvenile psychiatry. The thesis is based on the phenomenological approach and the results were analyzed by content analysis.

The nurses felt that family work played an important role in the young person's care. Family work was considered important when understanding the challenges of the family of the juvenile, and when helping them with their everyday life. To support the family, they should be provided with information about ADHD, the symptoms and management of them, and they should also be helped when setting the right kinds of limits. Family support and encouragement were considered important, since the family may get a lot of negative feedback from other people on the behavior of their youngster. The nurses pointed out that in the psychiatric ward, a young patient with ADHD brings out specific features that affect the community. Young person's behavior in the community, the limit setting and the influence of his or her behavior on other young people were mentioned. Inattention and motor restlessness affected the young person's behavior. In addition, verbal agitation, inappropriate behavior and need of control were mentioned. In particular, the behavior of the young people in groups, meetings and other community-based activities was frequently considered disturbing. The young patient had to be limited frequently because of his or her behavior and the nurses felt it stressful.

The majority of the nurses felt that while studying they had obtained no education concerning ADHD. During their work history their later training varied. The nurses felt that additional training in ADHD was necessary and they were mostly of the opinion that the staff did not have enough information about it. They also felt that additional training of personnel would increase the understanding towards the young person and attitudes would become more tolerant. With greater knowledge and education they could better see the "bad behavior" as part of the disease. In future, the nurses wished to obtain specific education about the essentials of ADHD and knowledge of the practical nursing. Essential information includes basic information, knowledge of neuropsychiatry and diagnostic information. The knowledge of the practical nursing includes information about the treatment of a youngster in the ward, medical information, and information of the life cycle.

Keywords: ADHD, psychiatric care, family work, community, education, qualitative research, phenomenological approach, theme interviews, inductive content analysis

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	ADHD	7
2.1	Syntyyn vaikuttavat tekijät ja aivojen toiminta	8
2.2	Piirteet ja samanaikaisesti esiintyvät häiriöt	10
2.3	Yleisimmät hoitomuodot	12
2.3.1	Lääkkeetön hoito	13
2.3.2	Lääkkeellinen hoito	16
3	PSYKIATRINEN OSASTOHOITO	19
3.1	Perhetyö	21
3.1.1	Perheen kehitystehtävät, roolit ja velvollisuudet	22
3.1.2	Sairastunut perheenjäsen	23
3.2	Yhteisöllisyys	25
3.3	Sairaanhoitajien kouluttautuminen työelämässä	27
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	28
5	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSASETELMA	29
5.1	Tutkimusmenetelmä	29
5.2	Aineiston keruu	29
5.3	Aineiston analysointi.....	31
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	32
6.1	Kokemukset perhetyöstä.....	32
6.1.1	Nuoren perhetausta	33
6.1.2	Perheen haasteet	34
6.1.3	Perheen tukeminen.....	35
6.2	Kokemukset yhteisöllisyydestä.....	37
6.2.1	Nuoren käyttäytyminen yhteisössä	38
6.2.2	Nuoren käyttäytymisen rajaaminen	40
6.2.3	Käyttäytymisen vaikutus muihin nuoriin	42
6.3	Kokemukset ja toiveet koulutuksesta	43
6.3.1	Aikaisemmat koulutukset ja koulutuksen tarpeellisuus.....	43
6.3.2	Toiveet tulevista koulutuksista.....	44
7	POHDINTA	46
7.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	46
7.1.1	Kokemukset perhetyöstä	47
7.1.2	Kokemukset yhteisöllisyydestä	48
7.1.3	Kokemukset ja toiveet koulutuksesta	50
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	53
7.3	Tutkimuksen hyödyllisyys ja jatkotutkimusaiheet.....	55

LÄHTEET	55
LIITTEET	62
Liite 1. Tutkimussuunnitelman tiivistelmä	62
Liite 2. Tutkimuslupa	64
Liite 3. Kirje tutkimukseen valituille	66
Liite 4. Aineiston abstrahointi	67

1 JOHDANTO

Oletko koskaan kuullut tarinaa Vaahteramäen Eemelistä? Oletko seurannut mediassa Hjalles Harkimon tai Matti Nykäsen kokemuksia ADHD:sta? Oli kysymys sitten tarinan vauhdikkaasta pikkupojasta tai todellisen elämän sankareista, niin ADHD on arkea sitä sairastaville ihmisille. Periytyvyytensä ansiosta sen vaikutukset ja piirteet voivat näkyä useammassa sukupolvessa, mutta vasta nuoremmat sukupolvet ovat saaneet sille nimen. ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) itsessään on joukko erilaisia piirteitä, jotka korostuvat eri tavalla eri ihmisillä. Ydinpiirteiden lisäksi ADHD:hen liittyy myös liitännäisoireita kuten masennusta, käyttöhäiriöitä ja ahdistuneisuutta. Näiden oireiden vuoksi nuori saattaa tarvita psykiatrista osastohoitoa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia hoitaa nuorisopsykiatrisella osastolla nuoria, joilla on todettu ADHD. Asiaa lähestytään perhetyön ja yhteisöllisyyden teemoista. Tarkoituksena on myös selvittää millaista koulutusta sairaanhoitajat ovat aiheesta saaneet, millaista hyötyä siitä on ollut ja millaista koulutusta he vielä toivoisivat.

Psykiatrisen osaston henkilökunnalla on kokemusta psykiatristen sairauksien hoitamisesta ja mielenterveyden tukemisesta. Kuitenkaan työhön ei ole löydetty tutkimuksia siitä, miten sairaanhoitajat kokevat ADHD:n sairastuneen nuoren hoitamisen osastolla. Mielenkiintoista onkin selvittää, kokevatko sairaanhoitajat saaneensa tarpeeksi koulutusta aiheesta ja millaista koulutusta he vielä toivoisivat. ADHD ei ole varsinaisesti syy tulla psykiatriseen osastohoitoon, mutta monilla ADHD:n sairastuneella on myös erilaisia psyykkisiä oireita. Jos aiheesta ei tiedä tarpeeksi, on vaikeaa ymmärtää mikä nuoren oireilussa on piirrettä ADHD:sta ja mikä on psyykkistä oirehdintaa. Sairaanhoitajan peruskoulutuksessa aihetta ei ole juurikaan käsitelty, joten kouluttautumisen tulee jatkua työelämässä. HYKS-psykiatriassa ollaan panostettu asiaan viime vuosien aikana ja koulutettu ryhmä ADHD-coacheja. Kaikilla sairaanhoitajilla ei silti ole tarvittavaa tietoa, jotta he pystyisivät hoitamaan ja ennen kaikkea ymmärtämään nuoria, joilla on ADHD.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa esitellään ADHD:n syntyyn vaikuttavia tekijöitä, neurologisia taustatekijöitä, ydin- ja liitännäisoireita sekä erilaisia hoitomuotoja. Tämän jälkeen käydään läpi psykiatrista osastohoitoa ja siihen liittyvänä perhetyötä ja yhteisöllisyyttä. Lopussa kuvataan koulutuksen merkitystä hoitotyössä.

2 ADHD

Tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriö, ADHD, tulee sanoista ”attention deficit hyperactivity disorder”. Aikaisemmin käytettiin termiä MBD (minimal brain dysfunction), joka tarkoittaa tarkkaavaisuushäiriötä. Siihen liittyi myös motoriikan, hahmottamisen ja oppimisen häiriöitä. MBD - termi on jäänyt pois virallisesta tautiluokituksesta ja vastaavana terminä on käytössä ADHD. (Michelsson, Saresma, Valkama & Virtanen 2000, 11.)

ADHD:ssa keskeisimmät piirteet ovat tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus (Beckman & Fernell 2007, 24). Tarkkaa sairastuneiden määrää on vaikeaa määritellä, sillä eri tutkimusten mukaan sairastuneita olisi väestössä yhdestä jopa 20 prosenttiin riippuen maasta ja käytetystä diagnoosimenetelmästä (Paul 2008, 12). Lähempänä todellista lukua lienee se, että ADHD:ta sairastaa lapsiväestöstä noin 3- 7 prosenttia ja aikuisväestöstä vähän vähemmän (Nieminen- von Wendt 2005, 24). Pelkästään Amerikassa ADHD:ta sairastaa yli 2,5 miljoonaa kouluikäistä lasta ja Suomessa noin 200 000- 250 000 ihmistä. ADHD on yleismaailmallinen sairaus ja sitä on löytynyt tähän mennessä kaikista maista, joissa tutkimuksia on tehty. (Barkley 2008, 37-40; Henttonen, Kangas, Leimu & Palomäki 2004, 8.) Barkleyn (2008, 40) mukaan tutkimukset osoittavat, että kaikista ADHD:ta sairastavista vain puolet on saanut oikean diagnoosin.

ADHD:hen sairastuneista noin 66 prosenttia on poikia ja loput tyttöjä (Selikowitz 2004, 16; Green & Chee 2004, 2). Lehtokosken (2004, 17) mukaan poikien suurempi sairastavuus voi johtua sukupuolten välisistä eroista ADHD:n oireissa. Poikien ADHD- piirteet tulevat enemmän esiin ylivilkkautena, joka on helpompaa havaita, kun taas tyttöjen piirteet esiintyvät alivilkkautena ja ajatuksiin vaipumisena (Lehtokoski 2004, 17; Nieminen- von Wendt 2005, 25). Barkleyn (2008, 115) mukaan tutkimukset kuitenkin osoittaisivat, että pojilla on korkeampi riski sairastua ADHD:hen kuin tytöillä.

Perinteisen ADHD:n lisäksi on kaksi muuta alatyyppiä, joissa ADHD - oireet painottuvat eri tavalla. Piirteet voivat olla kaikilla keskeisimmillä osa-alueilla (tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus) tai ne voivat keskittyä vain yliaktiivisuuteen ja impulsiivisuuteen. (Beckman ym. 2007, 25; Nigg 2006, 9; Nieminen- von Wendt 2005, 20-24.) Tätä kuvaamaan käytetään ADHD lyhenteessä myös kenoviivaa erottamaan AD/HD. Yliaktiivisuus- ja impulsiivisuuspiirteisiä on noin 15 prosenttia ADHD:ta sairastavista. (Nieminen- von Wendt 2005, 20-24.) ADHD:n yhteydessä puhutaan myös usein lyhenteestä ADD, joka käsittää ADHD:n alatyypin, jossa keskeisimmät ongelmat ovat tarkkaamattomuudessa (Paul 2008, 11; Käypähoitosuositus 2007, 3043). Tämä alatyyppi on noin 20-30 prosentilla ADHD:hen sairastuneista (Nieminen - von Wendt 2005, 24). American Psychiatric Association (APA) on jakanut ADHD:n neljään erilaiseen tyyppiin: ADHD-I, ADHD-HI, ADHD-C ja ADHD-NOS ja ne erottuvat toisistaan piirteiden mukaan. Nämä lyhenteet eivät ole käytössä Suomessa, mutta ne tulevat esiin ai-

hetta käsittelevässä kirjallisuudessa. ADHD- I on sama kuin ADD eli siinä pääpiirteensä on keskittymiskyvyttömyys (inattentive). ADHD-HI:ssä pääpiirteensä ovat yliaktiivisuus ja impulsiivisuus (hyperactive-impulsive), ADHD-C käsittää kaikki pääpiirteet (combined type) ja ADHD-NOS on tarkemmin määrittelemätön ADHD (not otherwise specified). (Cimera 2002, 5.)

ICD (international classification of diseases) kansainvälinen tautiluokitus ja DSM (diagnostic and statistical manual of mental disorders) amerikkalainen diagnosointimenetelmä antavat omat määritelmänsä ADHD:n piirteistä ja diagnosoinnista (Nigg, 2006, 7-8). Michelssonin, Miettisen, Saresmaan ja Virtasen (2003, 17-18) mukaa lähes kaikki ADHD tutkimukset ja testit perustuvat DSM luokitukseen.

Seuraavaksi esittelen ADHD:n syntyyn vaikuttavia tekijöitä, aivojen toiminnan muutoksia, ADHD:hen liittyviä ydin- ja liitännäisoireita sekä erilaisia hoitomuotoja.

2.1 Syntyyn vaikuttavat tekijät ja aivojen toiminta

ADHD:n taustalla on neurobiologinen kehityksellinen häiriö ja se on voimakkaasti periytyvää (Käypähoitosuositus 2007, 3044; Kutscher 2005, 50-51; ks. myös Heilig 2007, 77-93). Sairaute-na se on koko elämän kestävä, tosin Lehtokosken (2004, 11) mukaan siihen liittyvät piirteet lievenevät iän myötä. Lehtokosken (2004) mukaan lapsella on 50 prosentin mahdollisuus sairastua ADHD:hen, jos hänen vanhemmillaan on se. Lähes 80 prosenttia ADHD:sta periytyykin vanhemmilta. Noin 10-15 prosenttia ADHD:hen sairastumisista aiheutuu äidin raskaudenaikaisista tai synnytykseen liittyvistä tekijöistä. Tällaisia ovat muun muassa äidin raskaudenaikainen tupakointi ja alkoholinkäyttö sekä raskaudenaikainen stressi. Myös lapsen syntymäpainolla ja synnytykseen liittyvillä ongelmilla (esimerkiksi lapsen hapenpuute tai alhainen verensokeri) on osuutta ADHD:n syntyyn. (Käypähoitosuositus 2007, 3044; Lehtokoski 2004,15-16; ks. myös Herrgård & Airaksinen 2004, 252.) 3-5 prosenttia ADHD piirteistä selittyy aivojen vaurioitumisella esimerkiksi tapaturmassa (kuten kaatumisesta tai putoamisesta) tai aivoja vahingoittavilla taudeilla (kuten aivokalvontulehduksesta). Jos aivojen vaurioituminen on tiedossa, ei yleensä puhuta ADHD:sta, vaikka piirteet täytyisivätkin. (Barkley 2008, 93; Lehtokoski 2004,15-16.)

ADHD:n syntyyn vaikuttavat osaltaan myös psykososiaaliset tekijät (Lehtokoski 2004,16). Barkleyn (2008, 115) mukaan ADHD:n kehittymisen riskitekijöinä ovat muun muassa äidin heikko koulutustaso, vanhempien heikko sosioekonominen asema, isän hylkäämä perhe ja yksinhuoltajuus. Näiden tekijöiden on todettu kohottavan vain hieman ADHD-riskiä, joten riskin ko-hoaminen johtuu todennäköisimmin jostakin kolmannelta taustatekijästä, kuten esimerkiksi perinnöllisyydestä. (Barkley 2008, 115.) Ympäristö ei varsinaisesti aiheuta ADHD:ta, vaan alttius siihen on jo olemassa. Se kuitenkin vaikuttaa kehittyvään keskushermostoon ja saattaa korostaa ADHD - piirteitä. (Käypähoitosuositus 2007, 3045; Lehtokoski 2004,16.)

80 %	Periytyvyys
10-15%	Raskaudenaikaiset tai synnytykseen liittyvät tekijät
3-5%	Tapaturmat ja taudit
Muut:	Lapsen syntymäpaino, synnytyksen ongelmat ja psykososiaaliset tekijät

Kuva 1. ADHD:n syntyyn vaikuttavat tekijät.

Keskeisimpänä ongelmana ADHD:ssa on, että aivot toimivat hitaammin ja tuottavat erilaisia välittäjäaineita vähemmän. Tällöin aivojen aktivaatiotaso ei ole tarpeeksi korkea ja ihminen ei pysty keskittymään. Matala aktivaatiotaso vaikuttaa myös muistamiseen ja vaikeuttaa asioiden ennakkointia. ADHD:ta sairastavalla on erityisen vaikeaa keskittyä ulkoapäin annettuihin tehtäviin, koska aivojen välittäjäaineet eivät toimi niin, että muistijälki aivoissa syntyisi. Aktivaatiotaso nousee, jos se, mihin pyritään keskittymään, on tarpeeksi kiinnostavaa. Käytännössä siis oma motivaatio asiaan lisää aivojen aktivaatiota ja toiminta hermosolutasolla muuttuu niin, että syntyy muistijälki. Aivojen aktivaatiotasoa voi nostaa myös esimerkiksi liikkumalla motorisesti, mikä liittyykin ADHD:n yliaktiivisuuteen. (Lehtokoski 2004, 11-12, 28-30; ks. myös Adler & Florence 2009, 56-59.) Myös impulsiivisuus johtuu aivojen välittäjäaineiden vajaatoiminnasta, joka johtaa puutteelliseen impulssien sietokykyyn (Michelsson ym. 2003, 24).

Välittäjäaineiden tehtävänä on kuljettaa viestejä hermosolujen (neuronien) välillä. Ihmisellä on kymmeniä miljardeja hermosoluja ja ne ovat erikoistuneet kuljettamaan hermoimpulsseja eteenpäin. Hermosolut eivät kiinnity toisiinsa, vaan niiden välissä oleva alue on synapsi, jonka kautta viestit kulkevat hermosolusta toiseen välittäjäaineiden avulla. Vastaanottavassa hermosolussa on reseptoreja, jotka ovat välittäjäaineiden kiinnittymiskohtia. Välittäjäaineet siis vievät viestin hermosolusta toiseen. (Nienstedt, Hänninen, Artila & Björkqvist 1995, 64-73.) Välittäjäaineista ADHD:ssa keskeisimpiä ovat dopamiini, noradrenaliini ja serotoniini, jotka palaavat kokonaisina takaisin lähtöpaikkaansa. Tätä toimintoa kutsutaan takaisinotoksi ja välittäjäaineet ovat taas valmiita viemään uutta viestiä eteenpäin. ADHD:ssa viestin vieminen ei toimi niin kuin pitäisi ja osa viesteistä jää väliin tai ei pysty kiinnittymään seuraavaan hermosoluun. (Lehtokoski 2004, 84.)

Välittäjäaineista dopamiini vaikuttaa muun muassa tarkkaavaisuuteen, impulssikontrolliin, vireystilaan, motivaation ylläpitämiseen, skitsofreniaan, Parkinsonin tautiin ja muistiin. Noradrenaliini vaikuttaa muistiin ja vireystilaan, ruokahaluun, ahdistuneisuuteen, paniikkihäiriöihin sekä autonomisen hermoston valmiustilaan. Serotoniini vaikuttaa muun muassa mielialaan, impulssikontrolliin, kylläisyyden tunteeseen, aggressiivisuuteen, ahdistuneisuuteen, masentuneisuuteen ja pakko-oireisiin. (Lehtokoski 2004, 86.)

2.2 Piirteet ja samanaikaisesti esiintyvät häiriöt

Kuten aikaisemmin mainitsin, ADHD - piirteet voivat lievitä iän myötä. Myös Michelsson ym. (2003, 12) kuvaavat samaa asiaa. Lisäksi he ovat jakaneet ADHD -piirteet ydinoireiksi sekä liitännäisoireiksi, joita seuraavissa kappaleissa käsittelen. Ydinoireita ovat tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus. Liitännäisoireita ovat muut samaan aikaan esiintyvät ongelmat, kuten psyykkiset sairaudet ja neurologiset toimintahäiriöt. (Michelsson ym. 2003, 12.)

Ydinoireista DSM-IV- tautiluokitus määrittää ADHD:ssa olevan yhdeksän piirrettä liittyen tarkkaamattomuuteen ja yhdeksän piirrettä liittyen yliaktiivisuuteen ja impulsiivisuuteen. (Lehtokoski 2004, 20-21; Michelsson ym. 2003, 20-21.) Lehtokoski (2004, 21) ja Michelsson ym. (2003, 20-21) kuvaavat piirteet seuraavasti:

Tarkkaamattomuus:

1. Huomion kiinnittäminen riittävän hyvin yksityiskohtiin epäonnistuu usein tai potilas tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muussa tehtävässä.
2. Potilaan keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein.
3. Usein potilas ei näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan.
4. Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein (ei johdu uhmakkaasta käytöksestä tai kyvyttömyydestä ymmärtää ohjeita).
5. Potilaan kyky järjestää tehtäviä ja toimintoja on usein huonontunut.
6. Usein potilas välttää tai kokee voimakkaan vastenmielisenä tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten esimerkiksi läksyt.
7. Potilas kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tietyissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja.
8. Potilas häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykeistä.
9. Potilas on usein muistamaton päivittäisistä toiminnoista.

Yliaktiivisuus ja impulsiivisuus:

1. Potilas liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelehtii tuolillaan.
2. Potilas lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, missä edellytetään paikalla pysymistä.
3. Potilas juoksentelee tai kiipeilee usein tilanteissa, missä se ei kuulu asiaan (nuorilla tai aikuisilla voi esiintyä pelkkänä levottomuuden tunteena).
4. Potilas on usein liiallisen äänekkäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin.

5. Potilas on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista.
6. Potilas puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättyvääisyyttä.
7. Potilas vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä kysymyksiä.
8. Potilas ei usein jaksa seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä.
9. Potilas keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva (esim. tunkeutuu toisten keskusteluihin tai peleihin).

Kuva 2. ADHD:piirteet

Diagnoosikriteerien mukaan tarkkaamattomuudesta tulisi täyttyä vähintään kuusi kohtaa, samoin yliaktiivisuudesta ja impulsiivisuudesta. Piirteiden (kuva 2.) täyttymisen lisäksi oirehinnan tulee olla alkanut ennen seitsemättä ikävuotta ja sen tulee näkyä useammassa ympäristössä kuten esimerkiksi kotona ja koulussa. (Lehtokoski 2004, 20-21; Michelsson ym. 2003, 20-21; Pauc 2006, 23.) Oirehdinta on myös epätyypillistä lapsen ikään ja älykkyyteen nähden (Pauc 2006, 23). Piirteiden tulee olla pitkäaikaisia niin, että ne eivät selity tilapäisillä syillä ja ne näkyvät selvästi arkipäivän toiminnoissa niitä vaikeuttaen (Korhonen 2004, 13).

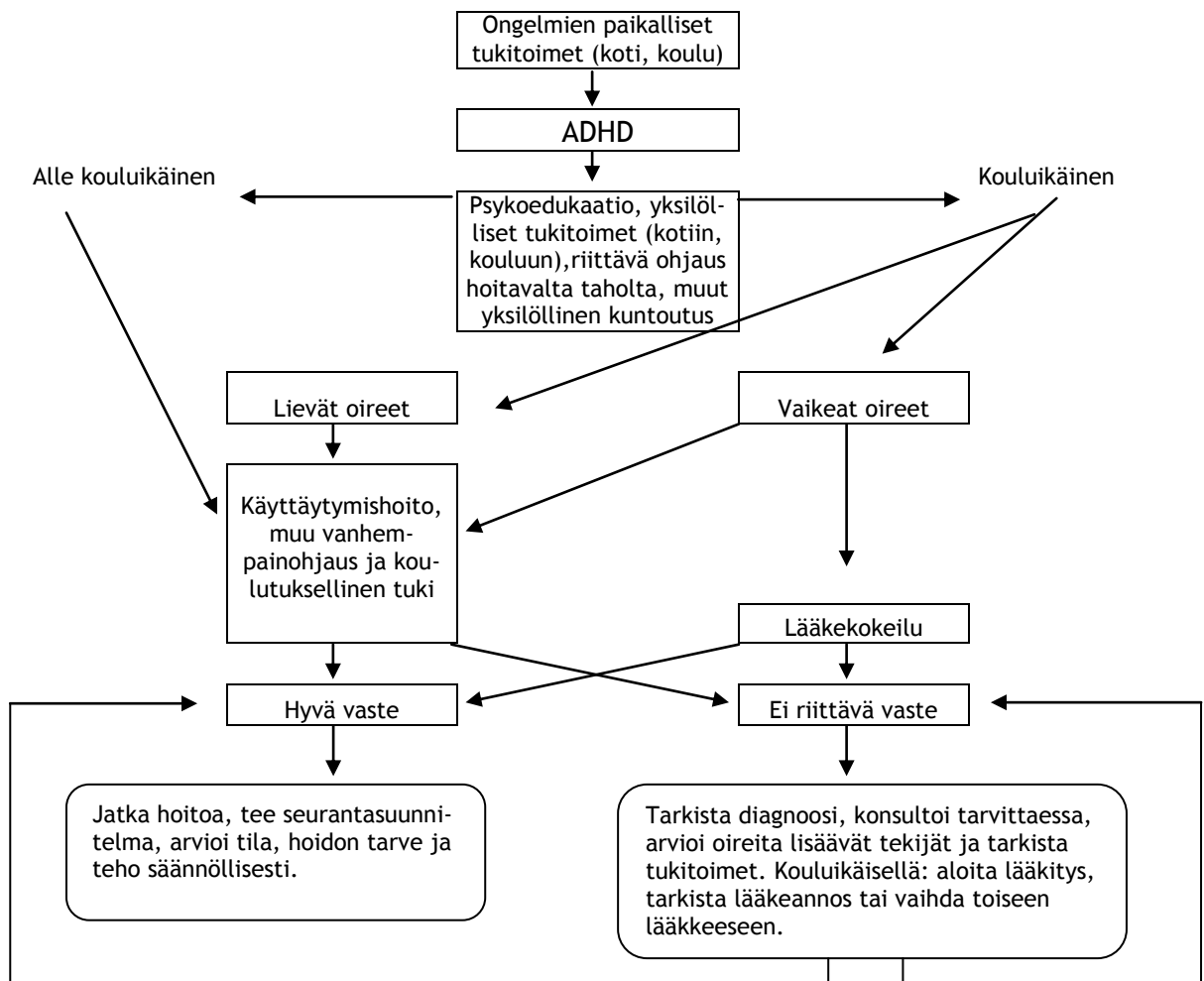
Ydinoireiden lisäksi Michelsson ym. (2003, 20) kuvaavat noin 70 prosentilla ADHD:ta sairastavista olevan myös muita *liitännäisoireita*. Käypähoitosuosituksessa (2007, 3047) viitataan Smalleyn, McGoughin ja Moilasen vuonna 2007 Suomessa tekemään tutkimukseen, jonka mukaan ADHD:n kanssa samanaikaisesti esiintyi käytöshäiriöitä, ahdistuneisuutta, masennusta ja päihderiippuvuutta. Hurtig (2007, 48-49) on tutkinut väitöskirjassaan Pohjois-Suomessa vuonna 1986 syntyneitä nuoria. Myös hän selvitti tutkimuksessa ADHD:n lisäksi esiintyviä liitännäisoireita ja tutkimuksen tulokset ovat samat kuin Smalleyn ym. tutkimuksessa (ks. myös Betz 2006, 172-173). Selikowitzin (2004, 15) mukaan näiden lisäksi ADHD:n kanssa esiintyy kaksisuuntaista mielialahäiriötä, pakko-oireista häiriötä, TIC - oireita ja Aspergerin oireyhtymä. Lehtokoski (2004, 22-24) ja Michelsson ym. (2003, 11-26) kuvaavat myös erilaisten oppimis- ja hahmottamisvaikeuksien, kielen-, puheen- sekä motoriikan kehityshäiriöiden liittyvän ADHD:n. Lisäksi samaan aikaan voi esiintyä Touretten oireyhtymä, tunne-elämän kypsyttämättömyyttä, heikkoja sosiaalisia taitoja ja univaikeuksia (Lehtokoski 2004, 22-24; Michelsson ym. 2003, 11-26).

ADHD:n liitännäisoireet ovat yleisimmin syy, miksi henkilö hakeutuu psykiatriseen osastohoittoon. ADHD:n periytyvyyden vuoksi on syytä kiinnittää huomiota vanhempien ja muiden perheenjäsenten mahdollisiin ydin- ja liitännäisoireisiin. Barkleyn (2008, 149) mukaan jos nuorella on ADHD, on vanhemmilla enemmän psyykkisiä ongelmia kuin muissa perheissä. Hänen mukaansa 25-28 prosentilla vanhemmista on epäsosiaalista käyttäytymistä, 14-25 prosentilla alkoholismia, 10-27 prosentilla mielialanvaihteluita tai liian voimakasta reagointia vaikeuk-

siin. Osalla on myös oppimisvaikeuksia. Osa näistä ongelmista tulee vanhempien oman sairauden (ADHD:n) liitännäisoireina. Barkleyn (2008, 149) mukaan myös nuoren käyttäytyminen ja ongelmat lisäävät vanhempien mielenterveysongelmia. Hänen mukaansa mitä aggressiivisempi ja epäsosialisempi nuori on, sitä selkeämmin se korreloi vanhempien psyykkiseen vointiin sitä heikentävästi.

2.3 Yleisimmät hoitomuodot

Käypähoitosuosituksen (2007, 3051) mukaan ADHD:n hoitoon suositellaan lääkitystä, psykoedukaatiota, mahdollisia tukitoimia kouluun ja kotiin, vanhempainohjausta ja kasvatuksellista tukea, neuropsykologista kuntoutusta tai muita psykososiaalisia hoitoja. Alla mukaeltu kuva käypähoitosuosituksessa esitetystä toimintakaaviosta, jonka mukaisesti ADHD:n hoidossa tulisi edetä.



Kuva 3. Mukaellusti Käypähoitosuosituksen toimintakaavio lasten ja nuorten ADHD:n hoidosta (Käypähoitosuositus 2007, 3051).

ADHD:ta sairastavan henkilön tulisi saada tarvittavaa tukea mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, sillä keskushermosto kehittyy vielä yli 20 vuotiaana. Viimeiseksi kehittyy se osa aivoista, jossa on tarkkaavaisuuden säätelyyn liittyviä alueita. (Rintahaka 2007, 26-27.) Näin ollen on tärkeää, että nämä alueet saavat oikeanlaista stimulaatiota, jotta ne kehittyvät mahdollisimman hyvin. Selikowitzin (2004, 173) mukaan ADHD:n hoitoon tulisi panostaa mahdollisimman pian, jotta oireilusta aiheutuvat ongelmat, kuten itsetunnon heikkeneminen, sosiaaliset vaikeudet ja opintojen epäonnistuminen jäisivät mahdollisimman vähäisiksi.

Rintahaka (2007, 26) jakaa ADHD:n hoidon lääkkeelliseen ja lääkkeettömään hoitoon. Lehtokosken (2004, 95) mukaan kaikki ADHD:ta sairastavat eivät tarvitse lääkitystä. Kun ADHD piirteet ovat lieviä, voidaan sen hoitamiseen käyttää monia muita menetelmiä. Joskus kuitenkin lääkkeestä voi olla hyötyä, jos tarkkaavaisuus sekä tunteiden ja käyttäytymisen hallinta eivät muuten onnistu. Lääkehoito ei kuitenkaan yksinään riitä kattamaan ADHD piirteiden hoitoa, vaan lisäksi tarvitaan muutakin. (Lehtokoski 2004, 99.) Lehtokosken (2004, 99) mukaan on tehty erilaisia tutkimuksia, jotka osoittavat, että ADHD:n hoidossa paras yhdistelmä saadaan lääkehoidolla ja käyttäytymisterapialla tai -valmennuksella. Tämä toimii paremmin kuin kumpikaan erillisesti käytettynä. (Lehtokoski 2004, 99; ks myös Green ym. 2004, 6 ja Jacobs 2004, 180.)

Seuraavaksi käsittelen ADHD:n lääkkeettömään hoitoon kuuluvia asioita ja jäljempänä käyn läpi ADHD:n lääkkeellistä hoitoa. Seuraavissa kappaleissa kuvaan sanalla ”nuori” henkilöä, joka sairastaa ADHD:ta.

2.3.1 Lääkkeetön hoito

Niin kuin aikaisemmin mainitsin, liittyy ADHD:hen ydinoireiden lisäksi hyvin erilaisia liitännäisoireita. Nuoren hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen tarvitaankin tämän vuoksi erilaisista ammatillisista osaamista. Nuoren hoitoon voi olla kytkettynä tarpeen vaatiessa esimerkiksi (erityis)opettaja, psykiatri, neurologi, (neuro)psykologi, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sairaanhoitaja. (Michelsson ym. 2003, 77; Michelsson ym. 2000, 58.) Michelssonin ym. (2003, 77) mukaan tätä erikoisosaamista tarvitaan ADHD:n ydinoireiden, neurologisten toimintahäiriöiden, oppimisvaikeuksien, psyykkisten häiriöiden ja sosiaalisten vaikeuksien hoitamiseen.

Käypähoitosuosituksen (2007, 3049) mukaan ADHD:n hyvään hoitoon kuuluu *riittävä tiedon antaminen* nuorelle ja hänen läheisilleen. Nuoren hoidon tulisi lähteä koulutuksellisesta perheyöstä, psykoedukaatiosta. Sen tavoitteena on tukea nuorta ja perhettä sekä antaa tietoa sairaudesta, sen piirteistä ja hoidosta. (Berg & Johansson 2003, 9.) Tietoa tulee antaa myös tarvittavalle verkostolle, kuten koululle (Herrgård ym. 2004, 258-259). Tiedon avulla saadaan ymmärrystä siihen, miksi nuori käyttäytyy niin kuin käyttäytyy ja voidaan yhdessä miettiä,

millaiset tukitoimet ovat tarpeellisia. Jo itsessään diagnoosin saaminen voi helpottaa nuorta ja perhettä ymmärtämään oireiden ja ongelmien syyn. (Rintahaka 2007, 26; Michelsson ym. 2003, 79.) Michelsson ym. (2003, 78) toteavat myös, että tiedon lisääminen ADHD:n ydin- ja liitännäisoireista on ensiarvoisen tärkeää. Lisäksi tulisi antaa tietoa realististen tavoitteiden saavuttamiseksi, tukea nuorta ja perhettä esimerkiksi vertaistukiryhmissä ja antaa tarvittavaa ohjausta (Michelsson ym. 2003, 78).

Nuoren *henkilökohtainen ohjaaminen* on myös olennaista ADHD:n hoidossa. Nuori opettelee tuntemaan omia ADHD piirteitään ja hallitsemaan niitä. Arjen toiminnoissa on hyvä olla tukena myös ulkopuolinen ohjaaja, jolla on tietoa ja kokemusta ADHD:sta. (Michelsson ym. 2003, 83.) Suomessa on tähän tarkoitukseen koulutettuja ADHD-coacheja, jotka tukevat nuorta löytämään omia voimavarojaan ja oikeita tapoja toimia erilaisissa tilanteissa. Tavoitteet ohjaukselle lähtevät nuoren tarpeista ja perheen tulee tukea nuorta tavoitteiden saavuttamiseksi (Rintahaka 2007, 36). Coachingin tavoitteena ei ole selvittää, miksi nuorella on jossain asiassa vaikeuksia, vaan tavoitteena on miettiä yhdessä, miten ja mitä nuori voi tehdä vähentääkseen niitä (Michelsson ym. 2003, 84). ADHD-coach menetelmä perustuu ratkaisu- ja voimavarakeskeiseen ajatteluun. Tämän tavoitteena on edistää nuoren positiivista käsitystä itsestään ja omista kyvyistään (Rintahaka 2007, 36). ADHD-coach laatii nuoren kanssa yhdessä ohjaussopimuksen, jossa määritellään tarkat tavoitteet ohjaukselle ja sovitaan tapaamisten lukumäärä. Tapaamisia on noin 6-10 kertaa ja usein tapaamiset järjestetään viikon tai kahden välein. Tavoitteet laaditaan hyvin käytännönläheisesti ja yksi tärkeimmistä tavoitteista on uusien toimintamallien opettelu niin, että arjen toiminnot onnistuisivat helpommin. Nuoren täytyy olla motivoitunut ottamaan ohjausta vastaan, sillä muuten se on hyödytöntä. (Rintahaka 2007, 36.)

ADHD:n ydinoireita voi pyrkiä helpottamaan *käyttäytymisen muokkaamisella* (Michelsson ym. 2003, 87). Nuoret kaipaavat paljon huomiota osakseen ja aina vanhemmat eivät sitä jaksa tai ehdi antaa. Silloin nuori varmistaa huomion saamisen häiriökäyttäytymisellä. (Rintahaka 2007, 27-28.) Käyttäytymistä voi muokata palkitsemalla nuorta ja tukemalla hänen positiivisia piirteitään. Sen myötä käyttäytyminen muuttuu toivottuun suuntaan. Erityisesti tämä toimii lapsilla, mutta sitä voi hyödyntää myös nuoren ohjaamisessa. (Michelsson ym. 2003, 87.) Yleisesti nuoret haluavat saada positiivista palautetta, onnistua ja tehdä asioita hyvin. Jos nuori kuitenkin saa vain negatiivista palautetta, hän kuvittelee olevansa huono, pitää itseään riittämättömänä ja epäonnistuneena. Nuori saattaa saada negatiivista ja moittivaa palautetta esimerkiksi perheenjäseniltä, koulusta, naapureilta tai sukulaisilta. Jos nuorelle kehittyy huono itsetunto, voi sen palauttamiseen tarvita pitkää psykoterapiaa. Se on estettävissä sillä, ettei vaadita nuorelta liikaa ja tuetaan häntä selviytymään vaikeista tilanteista. (Rintahaka 2007, 27-28.) Jokaisella nuorella on kehitystehtävänsä ja ADHD tuo niiden läpikäymiseen omat haasteensa (Riita 2009, 30).

Negatiivisuuden estämiseksi nuori tarvitsee *erilaisia tukitoimia* myös kodin ulkopuolelle. Keskeyttämisen vaikeudet ja käyttäytymisen ongelmat tuovat erityisiä vaikeuksia koulussa. Opettajalla on suuri merkitys siinä, miten hän muokkaa nuoren oppimista ja luokan ilmapiiriä. Tärkeää on tieto ADHD:sta, mutta sen lisäksi tarvitaan halukkuutta myös ymmärtää nuoren ongelmia. (Michelsson ym. 2003, 90.) Nuori tarvitsee huomattavasti muita enemmän opettajan tukea ja siksi usein tarvitseekin erityisiä tukitoimia. Tukitoimia voivat olla esimerkiksi henkilökohtainen avustaja, pienryhmäopetus tai tukiovetus. Vanhemmat voivat myös hakea erityisopetuspäätöstä, jotta nuori pääsisi erityisopetuksen piiriin. (Rintahaka 2007, 30-31; Nieminen-von Wendt 2005, 28.) Erityisopetuksessa on erilaisia luokitteluita kuten ESY, EDY, EMU, EAU ja EVY ja jokainen niistä on erikoistunut tietynlaisille oppilaille. EVY-opetus on pienryhmissä tapahtuvaa erikoisopetusta, jota käytetään, jos nuorella on neurologisista syistä johtuvia oppimisvaikeuksia, kuten ADHD:ssa. (Rintahaka 2007, 30-31.) Erityisopetuksessa nuorelle tehdään HOJKS- eli henkilökohtainen opetus- ja kuntoutussuunnitelma. Sen avulla saadaan juuri nuorelle räätälöityä kykyjen mukaista koulun käyntiä. (Rintahaka 2007, 30-31; Herrgård ym. 2004, 259-260.)

Nuorta voidaan hoitaa myös *neuropsykologisella kuntoutuksella*. Käypähoitosuosituksen (2007, 3052) mukaan sen tavoitteena on tukea nuoren toiminnanohjausta erilasten harjoitteluiden, ympäristöön vaikuttamisen ja kompensoivien toimintojen avulla. Kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan perustoimintoihin, jotka ovat tarkkaavaisuuden säätelyn ja oppimisvaikeuksien taustalla. Tarkemmat tavoitteet ja menetelmät laaditaan yksilöllisesti nuoren kanssa. (Käypähoitosuositus 2007, 3052.) Näitä tavoitteita voivat olla Rintahaan (2007, 32) mukaan oppimista ja tiedonkäsittelyä ohjaavien taitojen sekä oppimistekniikoiden vahvistaminen. Ennen tavoitteiden laatimista voidaan tehdä neuropsykologiset testit, joista nousevat esiin nuoret heikkoudet ja vahvuudet (Rintahaka 2007, 32).

Myös *vanhemmat tarvitsevat ohjausta*. Rintahaan (2007, 27) mukaan tavoitteena on tukea vanhempia kasvattajina vahvistamalla vanhemmuutta. Vanhemmat saattavat olla hyvin väsyneitä ja turhautuneita nuoren käyttäytymiseen. He saavat myös palautetta ympäristöstä, sillä nuoren ydinpiirteet eivät aina ole hyvien tapojen mukaisia ja hyväksytyjä. (Honos-Webb 2005, 5.) Katajisto ja Tuominen (2006, 21-22) ovat tutkineet ylivilkkaiden lasten vanhemmuutta. Tutkimuksissa tuli esiin, että mitä enemmän lapsella on taipumusta ylivilkkauteen, sitä vaikeampaa hänen on sietää pettymyksiä ja sitä heikommat sosiaaliset taidot hänellä on. Nämä seikat olivat myös syynä vanhempien väsymiseen ja eivätkä he nauttineet vanhemmuudesta. Siksi vanhempien tukeminen onkin tärkeää. Vanhempien tulee oppia tunnistamaan nuoren negatiiviset sekä positiiviset piirteet ja pyrkiä tukemaan viimeksi mainittuja. Heidän tulee oppia ennakoimaan hankalia tilanteita ja järjestämään ympäristöä niin, että nuoren on mahdollista onnistua. (Katajisto ym. 2006, 21-22.) On hyvä myös muistaa, että psykososiaalisilla tekijöillä on vaikutusta ADHD:n syntyyn ja kehitykseen. Siksi turvalliset rutiinit ja rajat ovat tärkeitä kasvatuksessa.

Osana ADHD:n hoitoa voidaan pitää myös nuoren *perustarpeista huolehtimista*. Paavonen (2004) on tutkinut väitöskirjassaan unen vaikutusta erilaisiin psyykkisiin ongelmiin. Hän tutki 5813 lasta, joista noin puolet olivat tyttöjä ja puolet poikia. Vanhempien mukaan jonkin asteisia univaikeuksia oli 21,7 prosenttia lapsista. Univaikeudet lisäsivät tutkimuksen mukaan lasten hyperaktiivisuutta ja keskittymiskyvyttömyyttä sekä käytös- ja tunnehäiriöitä. Mitä enemmän lapsella oli univaikeuksia, sitä todennäköisemmin hänellä oli myös psyykkisiä ongelmia. (Paavonen 2004, 29-39.)

ADHD:n hoitokeinoina tutkitaan myös erilaisia ruokavalioita ja ravitsemushoitoja. Oikealla ruokavaliolla on tärkeä merkitys aivojen toimintaan (Pauc 2006, 103). Hardingin, Judahin ja Gantin (2003, 319) mukaan useissa tutkimuksissa on ehdotettu ADHD:hen liittyvän erilaisia riskitekijöitä, joita voitaisiin hoitaa tietyllä ruokavaliolla ja lisäravinteillä. Näitä riskitekijöitä ovat muun muassa ruoka- ja lisääineallergiat, raskasmetallit ja ympäristömyrkyt, ruokavalion matala proteiini pitoisuus ja korkea hiilihydraattipitoisuus, mineraaliaineiden (kivennäis- ja hivenaineiden) ja erilaisten rasvahappojen puute, kilpirauhasen toimintahäiriöt sekä B-vitamiinin puute. (Hardig, Judah & Gant 2003, 319.) Hardig ym. (2003, 319) tutkivat 20 lasta, joista puolet saivat lääkehoitoa ja puolet ravitsemushoitoa. Ravitsemushoitoon kuului vitamiineja, mineraaleja, aminohappoja, rasvahappoja, fosfolipidejä ja maitohappobakteereita. Tutkimuksen mukaa lääkehoidolla ja ravitsemushoidolla saatiin yhtäläiset hyödyt ADHD:n hoidossa. Neljän viikon kokeilun jälkeen molemmat hoitomenetelmät osoittautuivat tehokkaiksi. (Hardig ym. 2003, 325.) Käypähoitosuosituksen (2007, 3055) mukaan kuitenkin näyttöä tällaisista tutkimuksista ei ole tarpeeksi, joten ruokavalio- ja ravitsemushoidot eivät ole Suomessa ensisijaisia hoitomuotoja.

2.3.2 Lääkkeellinen hoito

Lääkityksen aloittamiseen vaikuttaa se, kuinka paljon ADHD piirteet vaikeuttavat henkilön koulunkäyntiä ja elämäntilannetta. ADHD piirteisiin käytettävä lääkehoito riippuu useimmiten siitä, mihin keskeisimmät ongelmat painottuvat. ADHD:n lääkehoidossa käytetään dopamiinin takaisinotonestäjiä ja noradrenaliinin takaisinotonestäjiä. (Lehtokoski 2004, 99-101; Selikowitz 2004, 173.) Dopamiinin takaisinotonestäjiä ovat metyyllifenidaatti ja deksstroamfetamiini (Käypähoitosuositus 2007, 3053). Noradrenaliinin takaisinotonestäjä on atomoksetiini (Lehtokoski 2004, 107).

Niin kuin aikaisemmin mainitsin, ADHD:n keskeisimpänä ongelmana on se, että hermoimpulsien väliset viestit eivät kulje normaalisti. Takaisinotonestäjän tehtävänä on siis kirjaimellisesti estää välittäjäaineen paluun lähettävään hermosoluun, jolloin välittäjäainetta jää pidemmäksi aikaa solujen välille. Näin niillä on enemmän aikaa välittää viestiä toiseen hermosoluun. (Lehtokoski 2004, 103.) Varsinaisten ADHD lääkkeiden lisäksi käytetään ADHD hoidossa myös muita lääkkeitä, jotka ovat virallisemmin hyväksytty muiden sairauksien hoitoon

kuten masennukseen ja ahdistuneisuuteen tarkoitettuja lääkkeitä. (Käypähoitosuositus 2007, 3053-3054; Lehtokoski 2004, 99-101.)

Dopamiinin takaisinotonestäjät vaikuttavat ADHD:n tarkkaavaisuuteen ja oppimiskykyyn. Nämä lääkkeet ovat stimulantteja, jotka vaikuttavat keskushermoston aktivaatioon lisäämällä sitä. (Lehtokoski 2004, 100-101; Michelsson ym. 2003, 96.) Nieminen-von Wendtin (2005, 28) mukaan noin 70 prosenttia nuorista hyötyy stimulanteista. Lehtokosken (2004, 101) mukaan näiden lääkkeiden käyttö perustuu ajatukseen siitä, että ADHD:ssa tulee liian paljon ärsykeitä aivoihin ja lääkkeen tavoitteena on, että henkilö pystyy suodattamaan ärsykeitä paremmin. Kun aivot toimivat normaalia hitaammin, ne eivät pysty suodattamaan ärsykeitä ja keskittyminen hyppii asiasta toiseen. Lääkkeet nostavat aivojen viestinnän tehokkuutta, vireystilaa ja tarkkaavaisuutta. Järjestelmän aktivaatiotaso nousee ja samalla se vaikuttaa myös tunneimpulssien vaimennukseen. Kun aktivaatiotaso on korkeammalla, myös tunteiden hallinta on helpompaa. (Lehtokoski 2004, 101-104; Michelsson ym. 2003, 96.) Syytä on kuitenkin muistava, että lääkkeet eivät paranna ADHD:ta, vaan vaikuttavat sen oireisiin lieventävästi (Michelsson ym. 2003, 96).

Ajatuksena on, että ADHD:ssa yksi suurimmista ongelmista on dopamiinivälittäjäaineen teho-
ton toiminta. Lääkkeen toiminta antaa dopamiinille enemmän aikaa kiinnittyä solujen pintaan ja viestin vieni hermosoluissa tehostuu. Yleisimmin käytetty dopamiinin takaisinotonestäjä on metyyllifenidaatti, joka vaikuttaa aivojen välittäjäaineisiin dopamiiniin ja noradrenaliiniin. (Lehtokoski 2004, 101-103.) Suomessa myydään kolmea erilaista metyyllifenidaatti-lääkettä. Pidempivaikutteisena lääkkeenä käytetään Concerttaa® ja sen vaikutus kestää noin 12 tuntia. Lyhytvaikutteisempia lääkkeitä ovat Ritalin® ja Equasym®. Ritalinin® vaikutus kestää noin 4-6 tuntia ja Equasymin® 7-8 tuntia. (Adler ym. 2009, 81; Lääkelaitos 2009, 5; Michelsson ym. 2003, 99.) Lääkkeen tärkeimmät ominaisuudet ovat, että se vähentää ärsykeitä, lisää tarkkaavaisuutta, auttaa oppimaan ja muistamaan, parantaa impulssikontrollia, lisää käyttäytymisen hallintaa ja vähentää tarvetta nostaa aktivaatiotasoa liikehännällä. Toinen dopamiinin takaisinotonestäjä on dekstroamfetamiini, jota saa Suomessa kauppanimellä Dexedrine® . Se vähentää ADHD:n ydinoireita nostamalla aivojen aktivaatiotasoa estämällä dopamiinin ja noradrenaliinin takaisinoton sekä lisäämällä niiden vapautumista. (Käypähoitosuositus 2007, 3053; Lehtokoski 2004, 106.)

Metyyllifenidaattia ja dekstroamfetamiiniä on käytetty jo kymmenien vuosien ajan ja niiden hyödyistä ja käytön turvallisuudesta on lukuisia tutkimuksia (Adler ym. 2009, 79; Green ym. 2004, 7). Lääkkeillä on jonkin verran sivuvaikutuksia ja ne ovat kaikissa stimulanteissa samantyyppisiä. Joskus sivuoireet voivat vähentyä lääkettä vaihtamalla, vaikka vaikuttava aine olisi-
kin sama. Keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden haittavaikutuksia ovat hyperaktiivisuuden lisääntyminen ja ärsytyskynnyksen madaltuminen hetkellisesti. (Lehtokoski 2004, 105.)
Lisäksi voi tulla unettomuutta, ruokahaluttomuutta, vatsakipua ja päänsärkyä (Käypähoi-

tosuositus 2007, 3054; Nieminen-von Wendt 2005, 28). Metyyliifenidaattia voi käyttää vain niinä päivinä kun lääkkeen vaikutusta tarvitsee, esimerkiksi koulupäivinä. Lääkkeen voi myös jättää ottamatta vaikka viikonloppuisin tai loma-aikaan, jos henkilö kokee pärjäävänsä ilman sitä. (Nieminen-von Wendt 2005, 28.) Käypähoitosuosituksen (2007, 3053) mukaan taukoja suositellaan, jos lääkityksen haittavaikutukset antavat siihen aiheutta.

Stimulanttien määräämiseksi tarvitaan huumausaineresepti sen keskushermostoon vaikuttavuuden takia (Käypähoitosuositus 2007, 3053). Reseptien käyttöä seurataan tavallista tarkemmin ja se on jätettävä siihen apteekkiin, mistä ensimmäiset lääkkeet haetaan. Näin ollen nuoren tulee hakea lääkkeet samasta apteekista siihen asti kunnes hän saa uuden reseptin. Sairaalassa stimulanttien käyttäminen on myös tarkempaa ja sairaala-apteekista lääkepurkin mukana tulee huumausainekortti. Kun lääke annetaan potilaalle, jokaisesta antokerrasta tehdään korttiin tarkka merkintä. Siinä tulee näkyä lääkkeen antoaika, kenelle lääke on annettu, kuka sen on antanut ja kuka lääkäri on lääkityksen määrännyt. Kortti on sidoksissa lääkepurkkiin, joten lääkkeiden loputtua lähetetään molemmat takaisin apteekkiin. Lääkkeen antaminen tulee kirjata myös potilaspapereihin.

Noradrenaliinin takaisinotonestäjänä käytetään atomoksetiinia, jota Suomessa saa kauppanimellä Strattera®. Se on ainoa ADHD:n hoitoon hyväksytty lääke, joka ei ole stimulantti. Sen käyttämiseen ei siis tarvita erillistä huumausaineresepiä ja huumausainekorttia. Noradrenaliini vaikuttaa erityisesti autonomisen hermoston toimintaan, jolloin se muun muassa kohottaa verenpainetta, lisää veren virtausta, syventää ja tihentää hengitystä. Noradrenaliinin lisääntyminen hermosoluissa lisää myös nuoren vireystilaa ja parantaa mielialaa. (Lehtokoski 2004, 107.) Atomoksetiiniä käytetään jatkuvana lääkityksenä ja sen vaikutus alkaa näkyä usein vasta 2-6 viikon kuluttua lääkityksen aloittamisesta (Käypähoitosuositus 2007, 3053; Nieminen-von Wendt 2005, 28). Lehtokosken (2004, 107) mukaan atomoksetiinillä on vähemmän sivuvaikutuksia kuin stimulanteilla. Sivuvaikutuksena on lähinnä heikentynyt ruokahalu. Lisäksi voi olla ohimenevää väsymystä ja ruoansulatuskanavan oireita (Käypähoitosuositus 2007, 3053). Lääke on kuitenkin tullut markkinoille vasta 2000-luvun alussa, joten sen pitkäaikaisvaikutuksia ei vielä tunneta (Lehtokoski 2004, 107-108).

Selektiiviset serotoniinin takaisinotonestäjät, SSRI-lääkkeet, ovat nuoren kokonaistilaan vaikuttavia lääkkeitä ja niitä tulee käyttää silloin, kun nuorella on ADHD:n lisäksi liitännäisoireita. Lääkkeet lisäävät serotoniinin määrää hermosolujen välissä. Serotoniini vaikuttaa erityisesti mielialaan ja sen vähyys aiheuttaa ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. (Lehtokoski 2004, 108.) Masennukseen liittyy muun muassa keskittymiskyvyn ja tarkkaavaisuuden heikkenemistä, muistiongelmia, itsetuhoista käyttäytymistä, unihäiriöitä, ruokahaluttomuutta ja itsetunnon heikkenemistä (Räsänen 2000a, 192). Yleisimpiä SSRI-lääkkeitä ovat sitalopraami (Cipramil®), sertraliini (Zoloft®), fluvoksamiini (Fevarin®), ja fluoksetiini (Seronil®, Sero-mex®, Fontex®) (Räsänen 2000b, 355-356). Nuoren kokonaistilanteen helpottamiseksi on en-

siarvoisen tärkeää hoitaa masennusoireita, jos nuorella niitä esiintyy. Lääkkeiden vaikutus alkaa noin kahden viikon kuluttua, vaikka nuori yleensä huomaa sen vasta myöhemmin. Lääkitystä on syytä jatkaa useita kuukausia, vaikka mieliala kohenee ja masentuneisuus väistyy. Jatkamisella pyritään estämään masennuksen uusiutuminen. Lääkityksen alussa saattaa tulla erilaisia sivuvaikutuksia, jotka usein helpottuvat muutamassa viikossa. Näitä sivuoireita ovat muun muassa unettomuus, ruokahaluttomuus, ärtyisyys, päänsärky sekä seksuaalisen halun ja kyvyn väheneminen. (Lehtokoski 2004, 108-109.)

Lehtokosken (2004, 111-112) mukaan muita lääkkeitä ADHD:n hoidossa ovat trisykliset anti-depressantit, muut masennuslääkkeet (Efexor®, Zyban®), MAO-estäjät ja dopamiiniagonistit. Ajoittain käytetään myös sympaattisen hermoston kiihtyneisyyttä vähentävää lääkitystä kuten klonidiinia, joka auttaa helpottamaan impulssiivisuutta. Barkley (2008, 338) kertoo myös uudesta stimuloivasta ADHD-lääkkeestä, joka on dekstroamfetamiinin ja levoamfetamiinin yhdistelmä. Se on USA:ssa nimellä Adderall®, eikä ole vielä käytössä Suomessa.

3 PSYKIATRINEN OSASTOHOITO

Psykiatrasta hoitoa ja laajemmin mielenterveystyötä säätelee Suomessa mielenterveyslaki. Mielenterveyslaki (luku 1., 1§) määrittelee, että mielenterveystyöllä tarkoitetaan ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä”. Mielenterveystyöhön kuuluu myös psykiatristen sairauksien hoitoon vaadittavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Psykiatrinen osastohoito on vain yksi osa mielenterveystyötä. Mielenterveyden edistämistä ja mielenterveysongelmien hoitamista säätelevät muutkin lait kuten kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä lastensuojelulaki. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 26.)

Euroopan unionin myötä on tullut useita mielenterveyttä edistäviä ohjelmia ja suosituksia. Siinä missä Euroopan Unionin projektit kattavat koko Euroopan alueen mielenterveystyön edistämistä, Suomessa jatketaan työtä kansallisella tasolla. Ohjelmista keskeisimmät lienevät tällä hetkellä Euroopan Unionin mielenterveysjulistus ja sen toimintasuunnitelma. Vuonna 2005 Euroopan Unionin terveysministerit laativat mielenterveysjulistuksen, jossa todetaan, että mielenterveystyön tulisi keskittyä lisäämään ihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä. Näiden lisäämiseksi tulee tukea ihmisen vahvuuksia ja voimavaroja ja lisätä häntä suojaavia ulkoisia tekijöitä. Tämä näkökulma keskittyy mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn sekä mielenterveyden säilyttämiseen ja lisäämiseen. Mielenterveysjulistuksessa todetaan myös, että mielenterveyden edistäminen on oleellista elämänlaadun ja tuottavuuden kannalta. (WHO 2005a, 1-3.)

Julistuksen pohjalta laadittiin toimintasuunnitelma, jossa tavoitteena oli saada jäsenmaat kohdistamaan toimia mielenterveyden edistämiseksi. Samalla haluttiin osoittaa mielenterveyden keskeinen merkitys, kamppailla leimautumista ja häpeää vastaan, varmistaa peruspalveluiden saatavuus ja tarjota tarpeellista hoitoa. Toimintasuunnitelman tavoitteena oli myös varmistaa riittävä ja ammattitaitoinen työvoima. (WHO 2005b, 2-13.) Mielenterveysjulistus painottaa avohoidon merkitystä mielenterveysongelmien hoidossa (WHO 2005a, 2).

Suomessa psykiatrinen hoito onkin avohoitopainotteista, mutta aina avohoidon toimet eivät ole riittäviä ja tarvitaan psykiatrasta osastohoitoa (Pirkola & Sohlman 2005, 11). Lönnqvistin, Partosen, Marttusen, Henrikssonin ja Heikkisen (2001, 149) mukaan nuoruusikäisistä 15-25 prosenttia sairastaa jotain mielenterveyden häiriötä. Kaikkia häiriöitä ei kuitenkaan tarvitse hoitaa osastolla. Suomessa lasten - ja nuorisopsykiatriassa on noin 342 sairaansijaa ja tyypillisesti osastot ovat kahdeksan paikkaisia (Erkolahti 2006, 208). Hoito voi olla päiväsairaanhoidoa, viikko-osastohoitoa tai jatkuvaa osastohoitoa. Osastohoidon tavoitteena on, että nuoren oireilu on hoidon aikana vähentynyt sekä helpottunut, ja nuori palaa hoidon jälkeen omaan elin- ja kasvu ympäristöönsä. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 150-151; Piha 2000a, 335.) Koko maan tasolla puolet hoidoista kestävät alle kaksi kuukautta (Piha 2000a, 335). Vuonna 2004 käyttivät 13- 17 vuotiaat nuoret hieman vajaat 120 000 sairaalahoitopäivää (Tuori, Sohlman, Ekqvist & Solantaus 2006, 11).

Osastolla nuoria pyritään hoitamaan vapaaehtoisesti ja yhteistyössä nuoren ja omaisten kanssa. Mielenterveyslain mukaan nuori voidaan kuitenkin määrätä tahdonvastaiseen hoitoon, jos hän tarvitsee sairaalahoitoa vakavan psykiatrisen häiriön vuoksi. Oleellista on, että nuoren sairaus voisi pahentua ilman hoitoa tai se vaarantaisi nuoren tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta ja muut mielenterveyspalvelut eivät ole nuoren vointiin nähden sopivia. (Mielenterveyslaki luku 2., 8§.) Erkolahden (2006, 211) mukaan tahdosta riippumattomien hoitojen määrä oli vuosina 1996-2000 lisääntynyt 64 prosenttia aikaisemmasta ja niiden määrä lisääntyy edelleen.

Nuori voi tulla osastohoitoon lääkärin läheteellä tai akuutisti tarkkailuläheteellä. Useimmiten suunnitellut läheteet tulevat psykiatrisen poliklinikoilta, jossa on arvioitu nuoren tarvitsevan osastohoitoa. Lähete voi tulla myös muiltakin poliklinikoilta, osastoilta, kouluterveydenhuollosta, perheneuvoloista, terveyskeskuksista tai yksityispuolelta. Lähete käsitellään osastolla ja nuori perheineen kutsutaan tapaamiseen, jossa tehdään yhdessä hoitosuunnitelma. Tarkkailuläheteellä nuoret tulevat yleensä terveyskeskuksista tai päivystyspoliklinikoilta. Tällöin tapaaminen järjestetään välittömästi ja useimmiten nuori asetetaan tarkkailuun. Neljän päivän kuluttua tarkkailuun asettamisesta tehdään päätös nuoren hoidon jatkumisesta. Mikäli nuorella on tarvetta hoitoon, pyritään hoitoa jatkamaan vapaaehtoisesti, mutta tarvittaessa voidaan hoitoa jatkaa myös tahdosta riippumatta. (Erkolahti 2006, 208.)

Nuorten yleisin hoitoon tulon syy on itsensä tai toisten vahingoittaminen, psykoottisuus tai käytöshäiriöt (Erkolahti 2006, 208). Psykkisen oireilun lisäksi oireilu saattaa ilmetä somaattisena oireiluna kuten pitkittyneenä päänsärkynä tai vatsakipuina. Osastohoidon tavoitteena on, että nuori tunnistaa oireilunsa taustalla olevat syyt ja epäsuorat avunpyynnöt. (Friis ym. 2004, 150-151.) Vähäkylän (2006, 11) mukaan hyvä psykiatrinen hoito on sitä, että oireiluun pyritään puuttumaan mahdollisimman nopeasti. Kaikkia psyykkisiä sairauksia ei voida parantaa, mutta oireita voidaan helpottaa. Parhaimmillaan hoito pitäisi aloittaa heti ensioireiden ilmaannuttua. (Vähäkylä 2006, 11.)

Osastohoito antaa mahdollisuuden tarkastella nuoren tilannetta kokonaisvaltaisesti ja moniammatillisesti. Nuoren tultua osastolle aloitetaan tutkimukset, joiden tarkoituksena on saada mahdollisimman tarkka käsitys nuoren psyykkisestä voinnista ja kehityksen etenemisestä. Useimmiten tutkimus sisältää somaattiset, psykiatriset ja psykologiset tutkimukset sekä toiminta- ja fysioterapeuttiset tutkimukset. Hoitotyön tutkimuksiin kuuluu seurata nuoren vointia, vuorovaikutustaitoja, käyttäytymistä ja arjen hallintaa. Osana tutkimusta ovat myös perhetapaamiset. (Erkolahti 2006, 214.)

Nuori tarvitsee toipuakseen turvallisen ympäristön ja turvallisuutta tuovat osaston rajat ja selkeä päiväohjelma. Nuoren omaan ohjelmaan kuuluu arjen toimintojen hallitsemista kuten aterioiden kattamista, huoneen siivoamista, omien pyykkien pesemistä sekä omasta hygieniastaan huolehtimista. Toiminnallisuuden avulla nuoret kasvavat ja kehittyvät oppien uusia taitoja. (Friis ym. 2004, 152.) Osastoilla on myös erilaisia toiminnallisia ryhmiä kuten toimintaterapia-, liikunta- ja luovia ryhmiä. Osa ryhmistä on osastolta ulospäin suuntautuvia ja niissä harjoitellaan toimimista sairaalan ulkopuolella. Pyrkimyksenä on, että nuori käy osastohoidon aikana omassa koulussaan tai sairaalakoulussa. Osastohoitoon kuuluu myös oma hoitajasuhde, perhe- ja verkostotyö sekä yhteisö, joka koostuu muista nuorista ja henkilökunnasta. (Friis ym. 2004, 153.) Tarvittaessa käytetään myös lääkehoitoa, vaikka monilla psyykelääkkeillä ei ole virallista hoitoindikaatiota alle 18-vuotiaille.

3.1 Perhetyö

Pihan (2000a, 336) mukaan osastohoidon tärkeänä lähtökohtana on, että nuori kuuluu samanaikaisesti kahteen eri yhteisöön, jotka ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa. Yhteisöt ovat nuoren oma perhe sekä osastoyhteisö, eikä hoitoa ole mahdollista toteuttaa ilman perheen mukana oloa. Vuorovaikutus näiden kahden verkoston kesken luo osastohoidon terapeuttiset ominaisuudet. Nuoret ovat voimakkaasti sidoksissa omaan perheeseensä ja myös riippuvaisia siitä. (Piha 2000a, 336-337.) Toisaalta nuorella on samanaikaisesti tarve kuulua perheeseen ja liittyä sen ulkopuoliseen maailmaan kuten ystäviin (Ahlfors ym. 1992, 98). Nuoren perheeseen voi kuulua vanhemmat, toinen vanhemmista tai vaikkapa sijaisvanhemmat, mahdollisia biologisia sisarusia tai uusperheen sisarusia (Friis 2004, 19). Perhe muodostuu monesta tekijästä

ja seuraavissa kappaleissa sanalla perhe kuvaan nuorelle tärkeitä ihmisiä, jotka ovat kiinteässä suhteessa nuoreen ja hänen elämäänsä.

3.1.1 Perheen kehitystehtävät, roolit ja velvollisuudet

Ahlfors, Saarikoski ja Sova (1992) lainaavat kirjassaan psykoanalyttikko Ackermania (1958), jonka mukaan lapsen psyykkiset häiriöt ovat heijastusta perheen häiriöistä. Vastaavasti, jos yhden perheenjäsenen mielenterveys järkkyy, se koskettaa koko perhettä (Sirola 1999, 54). Tämän vuoksi onkin tärkeää ottaa perhe mukaan nuoren hoitoon. Nuoren kehitysvaiheesta riippuen perheellä on oma tehtävänsä kehityksen mahdollistajana. Monet tekijät perheessä ja ympäristössä vaikuttavat siihen miten perhe selviytyy uusista kehitysvaiheista ja kriiseistä. (Iija, Almqvist & Kiviharju- Rissanen 1996, 114; Ahlfors ym. 1992, 96-98, 105.)

Kun yksi perheenjäsen saavuttaa tietyn kehitysvaiheen elämässään, vaikuttaa se myös koko perheen siirtymiseen seuraavaan kehitysvaiheeseen (Ahlfors ym. 1992, 89-90). Pihan (2000b, 66-67), Iijan ym. (1996, 118-120.), McMurrayn (1993, 102-103) ja Ahlforsin ym. (1992, 90-95) mukaan perheen kehitysvaiheet ovat parisuhteen muodostaminen (perheen perustaminen), ensimmäisen lapsen syntymä, muiden lasten syntymät, lasten kouluun meno, lasten murrosikä, aikuistuvat lapset, lasten muutto kotoa ja vanheneva perhe (vanhemmat). Joskus perhe saattaa juuttua johonkin kehitysvaiheeseen ja se voi johtaa perheen sisäisiin vuorovaikutushäiriöihin (Ahlfors 1992, 90).

Perheenjäsenten väliset roolit, oikeudet ja velvollisuudet toisiaan kohtaan ovat merkittäviä perheen toiminnan kannalta. Niiden tulee olla selkeät kaikille perheenjäsenille, jotta jokainen löytää oman paikkansa. Perhe luo omat käyttäytymissääntönsä, joita se pyrkii noudattamaan. Joskus sääntöjä ja rooleja täytyy muokata perheen tilanteen vuoksi. Kuitenkin on tärkeää huomioida, ettei lasten tarvitse ottaa vastuullisempaa roolia kuin mihin he pystyvät. Perheen liian joustamaton rakenne estää sopeutumisen muutoksiin esimerkiksi silloin, kun perheenjäsen sairastuu. (Cederblad 1992, 40.) Cederbladin (1992, 40) mukaan tällainen rakenne voi aiheuttaa stressiä ja erilaisia kriisireaktioita perheessä. Vastaavasti liian joustava rakenne antaa nuorella vääränlaisen kuvan siitä, miten perheessä tai muussa yhteisössä toimitaan. Tämä saattaa johtaa liian kurittomaan ja itsekkääseen käyttäytymiseen. (Cederblad 1992, 40-41.)

Cederblad (1992, 42) kuvaa myös ”kietoutunutta” ja ”löyhää” perherakennetta. Kietoutuneessa perheessä tunnesiteet perhettä kohtaan ovat vääristyneet niin, ettei ole tilaa muulle kuin perheelle. Perheenjäsenillä ei ole omia ystäviä tai harrastuksia ja ilmapiiri on tukahduttava ja ylisuojeleva. Lasten ollessa pieniä tulee perheen ollakin kietoutunut, mutta lasten kasvaessa tulee perheenjäsenille antaa enemmän tilaa. Vastaavasti löyhässä perheessä jäsenten, myös lasten, oletetaan selviytyvän itse eikä perheeltä saa juurikaan tukea. Kotona per-

heenjäsenet tulevat ja menevät ja nuori saattaa kokea itsensä hyvin yksinäiseksi ja hylätyksi. (Cederblad 1992, 42.)

Iija ym. (1996, 126-127) luettelevat kirjassaan toimivan perheen piirteitä. Heidän mukaansa on tärkeää, että puolisoiden parisuhde on molempia tyydyttävä emotionaalisesti ja seksuaalisesti. Parisuhteen tulee olla kahden keskistä kumppanuutta ja toisiaan tukevaa. Lapsille tulee antaa riittävästi rakkautta, ymmärrystä ja tilaa ilmaista omia tunteitaan. Vanhempien pitää muistaa iloita lapsistaan ja arvostaa heitä sellaisina kuin he ovat. Sukupolvien välisten roolien ja rajojen tulee olla toimivia niin, että aikuiset ottavat vastuun perheestä. Toimiva perhe pystyy myös keskustelemaan ja selvittämään sisäisiä ristiriitojaan. Perheenjäsenillä täytyy olla tilaa kasvaa ja saada mahdollisuus olla yhteydessä ympäröivään yhteisöön, kuten harrastuksiin ja ystäviin. Lasten kasvaessa heillä tulee olla mahdollisuus irtautua perheestään yhteistyössä muiden kanssa. (Iija ym. 1996, 126-127.)

3.1.2 Sairastunut perheenjäsen

Kun sairastunut nuori alkaa käyttäytyä poikkeavasti, saattaa muu perhe hämmentyä siitä. Se aiheuttaa levottomuutta ja epävarmuutta tilanteesta, eikä perhe tiedä, miten pitäisi reagoida tilanteeseen tai mitä on odotettavissa. Tilannetta voi olla vaikeaa hyväksyä ja perhe saattaa yrittää kieltää tilanteen tai väheksyä sitä. Helposti lähdetään etsimään syyllistä asiaan ulkopuolelta tai perheen sisältä. Vanhemmat saattavat syytellä toisiaan tai perheenjäsenet kokevat omaa syyllisyyttä sairastuneen tilanteesta. (Tilbury 1994, 98; Ahlfors ym. 1992, 105-106; ks. myös Berg 2009, 147.) Omaiset ovat usein hyvin hädissään ja huolissaan ja heidän on vaikeaa seurata sivusta, kun läheinen joutuu kärsimään, eivätkä he voi asialle juuri mitään (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 185).

Perheen voimavarat voivat olla vähissä ja esiin voi nousta negatiivisia tunteita kuten ahdistusta, pelkoa, vihaa, epävarmuutta, surua ja häpeää (Berg 2009, 147). Saarelaisen ym. (2003,185) mukaan tutkimuksissa on todettu, että omaiset kokevat perheenjäsenen sairastumisen vaikeuttavan omaisen elämää esimerkiksi työssäkäyntiä, harrastuksia, taloudellista tilannetta, perhe-elämää ja sosiaalisia suhteita. Jopa 40 prosenttia omaisista kokee vaikeutta kolmella tai useammalla edellä mainitulla alueella. (Saarelainen ym. 2003,185.)

Iijan ym. (1996, 114) mukaan psykiatrisessa hoidossa perhetyön merkitys korostuu useista eri näkökulmista. Nuoren persoonallisuuden kehittymiselle on oleellista se, millaisia kokemuksia hänellä on perheestään, sosiaalisesta ympäristöstä ja ihmissuhteista. Nämä kokemukset luovat myös pohjan sille, miten nuori pystyy myöhemmin elämässään tekemään ratkaisuja ja selviytymään vaikeuksista. Perhetyössä etsitään yhdessä perheen vahvuudet ja tuetaan löytämään heidän oma elämänhallintatapansa. (Friis ym. 2004, 154; Iija ym.1996, 114.) Perhetyössä tavataan nuorta ja perhettä säännöllisesti ja neuvotellaan yhdessä heidän kanssaan

hoidon eri vaiheista. Mukana tapaamissa ovat nuoren hoidon kannalta keskeiset työntekijät. Tärkeää on se, että tapaamissa jokainen osallistuja tulee kuulluksi. (Isohanni 2005, 271.)

Perhetyössä on tärkeää muistaa, ettei perhettä tai sen jäseniä tule kritisoida eikä tuomita. Perheenjäsenet ovat yrittäneet tehdä parhaansa sairastunutta hoitaessa ja tarvitsevat lämpimän ja rehellisen suhtautumisen yhteistyöhön. Perhe toimii ikään kuin liittolaisena henkilökunnan kanssa ja yhteisenä tavoitteena on nuoren toipuminen. Rehellisyys ja avoimuus ovat tärkeitä, sillä ne ovat yhteistyön pohja. (Kuipers, Leff & Lam 2005, 8.) Kuipersin ym. (2005, 8) mukaan on hyvä miettiä, mitä perheelle lupaa, sillä jokainen toteutumaton tai epärealistinen lupaus on perheelle merkki epärehellisyydestä. Perheen mielipiteet ja kokemukset heijastuvat myös nuoreen ja sitä kautta koko hoitoon. Perheen tunteita, tapoja ja selviytymiskeinoja tulee kunnioittaa ja pyrkiä tukemaan mahdollisuuksien mukaan. (Kuipers ym. 2005, 8.)

Osa perheistä saattaa suhtautua kielteisesti tehtävään perhetyöhön. Se saattaa johtua aikaisemmin koetuista negatiivisista kohtaamisista hoitohenkilökunnan kanssa esimerkiksi toisessa hoitopaikassa. Perhe saattaa myös ajatella, ettei tapaamisista ole mitään hyötyä tai ne pahentaisivat jo muutenkin vaikeaa tilannetta. (Kuipers ym. 2005, 10.) Joskus perheessä saattaa olla myös vanhempien välillä ristiriitoja ja tai muita vakavia perheen sisäisiä ongelmia. Nuoren sairastuttua nämä ongelmat voidaan siirtää syrjään ja perhe voi keskittyä nuoren hoitamiseen. Tällaisen perheen voi olla hyvin vaikeaa ottaa perhetyötä vastaan, sillä nuoren paraneminen palauttaa perheen takaisin aikaisempien ongelmien äärelle. (Cederblad 1992, 42.) Työntekijöiden haasteena onkin saada perhe yhteistyöhön, sillä ilman sitä ja perheen suostumusta perhetyötä ei kannata tehdä. Onkin hyvä muistaa, että jokainen kontakti perheeseen luo pohjaa perheen sitoutumiselle. Siksi puhelinsoitot ja lyhyetkin keskustelut perheen vieraillessa ovat tärkeitä. Positiivisen yhteydenpidon ja suhtautumisen pitäisi jatkua, vaikka perhe kieltäytyisikin tapaamisista, tekisi aikojen sopimisesta hankalaa, myöhästelisi jatkuvasti ja jättäisi tulematta sovittuihin tapaamisiin. Jatkuva yhteyden tarjoaminen lisää perheen luottamusta ja pikkuhiljaa antaa mahdollisuuden käynnistää perhetyö. (Kuipers ym. 2005, 10-11.)

Jorvin sairaalan nuorisopsykiatrian osastoilla, missä tämän opinnäytetyön tutkimus tehdään, pyritään nuoren hoitoa suunnittelemaan aina yhteistyössä perheen kanssa. Nuoren perhe kutsutaan hoitokokouksiin, joissa nuoren asioita käsitellään. Usein perhettä tavataan myös erikseen erilaisilla kokoonpanoilla. Joskus on tarpeellista tavata vanhempia yhdessä tai erikseen ja myös sisarukset otetaan tapaamisiin mukaan. Perhetapaamisissa voi olla mukana myös muita nuorelle ja perheelle hyvin läheisiä ihmisiä kuten isovanhempia, tätejä, kummeja ja niin edelleen. Tarvittaessa perheitä ohjataan esimerkiksi perheterapiaan.

Niin kuin aikaisemmin mainitsin, ADHD on usein periytyvää ja jos perheessä on useampia, joilla on ADHD, tuo se omat haasteensa myös perhetyöhön. Lehtokosken (2004, 78) mukaan

vanhemmat, joilla on ADHD, vaativat lapseltaan vaihtelevasti asioita. Vanhemmat saattavat vaatia tänään tiettyjä asioita ja huomenna samat asiat ovat merkityksettömiä. Vanhempien haasteena on asettaa johdonmukaiset vaatimukset, vaikka oma motivaatio tai tarkkaavaisuus ei olisikaan parhaimmillaan. Myös turvallisten rutiinien luomien ja lupausten pitäminen ovat tärkeitä asioita, jotka vanhemmalta saattavat unohtua. Jos vanhemmilla on ADHD, he voivat vastata nuoren käytökseen impulsiivisesti. (Lehtokoski 2004, 78-80.) Tunteet heittelevät helposti ja nousevat negatiivisesti esimerkiksi suuttumisena ja huutamisena (Barkley 2008, 22). Vanhemmat ottavat myös vastuuta vaihtelevasti ja saattavat keskittyä johonkin asiaan niin paljon, että unohtavat lapset. Näin ollen lapset saattavat joutua ottamaan enemmän vastuuta itsestään kuin pitäisi. (Lehtokoski 2004, 78-80.) Se, että vanhemmalla on ADHD, ei kuitenkaan tarkoita, että hän olisi huonompi kuin muut vanhemmat. On vain tärkeää tunnistaa itsessään näitä asioita ja huomioida niitä arjessa. Kaikki edellä mainitut seikat ovat tärkeitä kenen tahansa vanhemman kohdalla.

3.2 Yhteisöllisyys

Osastohoidossa yhtenä tekijänä on nuorista muodostuva yhteisö, joka tukee nuoren vuorovaikutussuhteiden monimuotoisuutta. Yhteisöllisyydessä pyritään siihen, että kaikki osaston nuoret osallistuvat yhteisiin tapahtumiin kuten ryhmiin ja toiminnan suunnitteluun vointinsa mukaan. Yhteisön jäseninä ovat nuoret ja henkilökunta, jotka kantavat omalta osaltaan vastuun yhteisön toimivuudesta ja omasta käyttäytymisestään. Henkilökunnan vastuulla on huolehtia viimekädessä niistä asioista, mitä nuoret eivät ole oman sairautensa vuoksi pystyneet tekemään. Yhteisöllisyydessä on tärkeää avoin vuorovaikutus jäsenten kesken sekä sosiaalisen palautteen antaminen nuorten teoista ja niiden vaikutuksista. (Punkanen 2001, 62-63.)

Friisin ym. (2004, 155) mukaan yhteisöllisyydessä painottuvat nuoren hoivan, ymmärryksen ja turvallisuuden tarpeet. Yhteisön ilmapiirillä on vaikutusta nuoren toipumiseen ja siihen, millaisiin vuorovaikutustilanteisiin hän pääsee. Hyvä hoitoilmapiiri koostuu selkeistä rajoista, huumorintajusta, turvallisuudesta, huolenpidosta ja joskus myös hauskanpidosta. Jotta nuori voi kasvaa hoitoyhteisössä emotionaalisesti ja muokata omaa käyttäytymistään, tulee osastolla luoda ja ylläpitää hoidollista ilmapiiriä. (Friis ym. 2004, 155.) Ympäristön on oltava tarpeeksi vahva, jotta se kestää nuoren rajojen testaamisen ja sisäiset objektisuhteensa, joita hän heijastaa muihin. Tällaisia objektisuhteita ovat muun muassa projektio ja splitting. (Laukkanen & Salonen 2006, 218; Ahlfors ym. 1992, 58-59.) Yhteisöllä on oltava myös kyky ottaa vastaan ja kestää nuorten tunteita, kuten ahdistusta, kiukkua, pelkoa, kovuutta, tuskaa ja yksinäisyyttä. Monet näistä nousevat nuorten transferenssi- ja vastatransferenssitunteista. (Punkanen 2001, 63.)

Transferenssissa nuori siirtää tiedostamattaan aikaisempia kokemuksiaan ja tunteitaan hoitosuhteeseen. Se vaikuttaa nuoren asenteisiin, odotuksiin, pelkoihin, tapaan tehdä havaintoja

ja tulkita tilanteita. (Punkanen 2001, 53; Latvala ym.1995, 43.) Latvalan ym. (1995, 43-44) mukaan nuori saattaa esimerkiksi kokea alitajuisesti hoitajan käyttäytymisessä samoja piirteitä kuin äidissään ja siirtää hoitajaan samat tunteet mitkä äitiäkin kohtaan ovat. Nuori saattaa myös kokea, että hoitaja on hänelle vihainen, vaikka vihantunne onkin tiedostamattomasti nuoresta lähtöisin. Vastatransferenssissa taas hoitaja siirtää omia tunteitaan, odotuksiaan ja kokemuksiaan nuoreen. (Latvala ym.1995, 44.) Esimerkkinä Latvalan ym. (1995, 44) mukaan vastatransferenssi voi näkyä niin, että hoitaja näkee nuoressa piirteitä jostain muusta, hoitajalle tärkeästä ihmisestä. Tämän vuoksi hoitaja alkaa käyttäytyä nuorta kohtaan kuin käyttäytyisi tätä tärkeää ihmistä kohtaan. (Latvala ym.1995, 44.) Nuoren hoitoon vaikuttavia tunteita voi nousta myös yhteisön sisältä tai sen ulkopuolelta ja hoidon kannalta on tärkeää, että tunteet tiedostetaan ja käsitellään (Punkanen 2001, 63).

Osastolla arjen toiminta on normaalia päivittäistä toimintaa toisten nuorten ja henkilökunnan kanssa. Toiminta tapahtuu muun muassa erilaisissa ryhmissä, ruokailutilanteissa, ulkoillessa, yhteisissä aamu- ja iltakokouksissa sekä aikaa viettäessä esimerkiksi TV:tä katsellessa tai pelaaillessa yhdessä. Nuoret ovat keskenään vertailun kohteita ja muodostavat nuorisokulttuurin ikäistensä kanssa. (Friis ym. 2004, 157.) Kaikilla nuorilla ei välttämättä ole ollut juurikaan kontakteja toisiin nuoriin tai ystävyysuhteet ovat hiipunen sairastumisen myötä. Tavoitteena yhteisöllisyydessä on nuoren sosiaalisten ja kognitiivisten taitojen kasvattaminen (Iija ym. 1996, 88-89). Koska osastoyhteisöt ovat pieniä, tuntevat nuoret toisensa ja henkilökunnan. Työntekijöiden tehtävänä on valvoa, että yhteisö pysyy rauhallisena, turvallisena ja asiallisena. Se mahdollistaa psykiatrisen hoitotyön perustehtävän, joka Friisin ym. (2004, 157) mukaan on nuoren hyvä hoito.

Yhteisöllisyydessä tärkeää on, että yhteisön jäsenet sitoutuvat yhteisiin sääntöihin ja toimintatapoihin. Nuoren kanssa on hyvä käydä nämä läpi silloin, kun hän saapuu osastolle ja samalla voidaan selvittää, mihin ne perustuvat. Henkilökunnan tehtävänä on laatia ja tarkastella yhdessä sovittuja asioita sekä huolehtia niiden jatkuvuudesta, vaikka nuoret vaihtuisivatkin. (Laukkanen ym. 2006, 218.) Laukkanen ym. (2006, 218) mukaan rajojen tulee olla selkeät ja niiden tehtävänä on luoda turvallisuutta ja edistää nuorten hyvinvointia. Osaston sääntöjä ja toimintatapoja on hyvä käydä nuorten kanssa läpi. Yhteisissä aamu- ja iltakokouksissa selvitetään tarpeen tullen ongelmatilanteita ja muistutetaan yhteisistä asioista, jos ne koskevat koko yhteisöä. Näissä tilanteissa on myös hyvä käydä läpi tulevia tapahtumia esimerkiksi retkiä, ryhmiä tai juhlia. (Laukkanen ym. 2006, 218-219; Murto 1997, 240.)

Nuori, jolla on ADHD, tuo omanlaisensa erityispiirteet yhteisöllisyyteen. Nuoren impulsiivisuus ja hyperaktiivisuus luovat levottomuutta yhteisössä. Nuori tarvitsee oikeita ärsykeitä ja haakeekin niitä omaehtoisesti muuttamalla asioita ympäriltään. Nuori saattaa olla jatkuvasti äänessä ja toteuttaa omia ideoitaan, jotka eivät välttämättä ole samassa linjassa osaston sääntöjen kanssa. Nuoren voi olla vaikeaa odottaa vuoroaan ja hän usein haluaa asioiden ta-

pahtuvan heti. Odottaminen tekee nuoren levottomaksi erityisesti, jos samaan aikaan ei ole jotain aktivoivaa toimintaa. (Barkley 2008, 59-60; Lehtokoski 2004, 48-49.) Tällaisissa tilanteissa hän usein turhautuu ja kimpaantuu. Tunteiden heittelehtiminen saattaa loukata toisia nuoria, koska he eivät ymmärrä, miksi toinen suuttuu tai tiuskii. Nuori, jolla on ADHD, ei taas ymmärrä miksi toinen loukkaantuu, koska hänellä on vaikeuksia havaita omaa toimintaansa ja tunteitaan. Kannosto-Puhakka (2004, 33) on tutkinut erityisopettajien käsityksiä ja toimintamenetelmiä tarkkaavaisuushäiriöisen lapsen koulunkäynnin tueksi. Tutkimuksessa tuli esiin, että kyseiset lapset joutuivat muita herkemmin riitatilanteisiin. Syyksi tähän he arvioivat lasten tulkitsevat muita lapsia väärin ja reagoivat tilanteisiin odottamattomasti. Yhteisön on siis ajoittain vaikeaa ennustaa, miten nuori reagoi asioihin. Tämä voi olla hyvin hankalaa muille nuorille, jotka opettelevat sosiaalista vuorovaikutusta. (Lehtokoski 2004, 48-52.)

3.3 Sairaanhoitajien kouluttautuminen työelämässä

Ammatillinen kasvaminen alkaa jo koulutusta valittaessa ja sen aikana kehittyy käsitys ammatista ja oma ammatillisuus alkaa hahmottua (Latvala ym. 1995, 126). Sairaanhoitajat saavat tutkintoa opiskellessaan eväitä tulevaan työelämään. Opinnot kasvattavat ja antavat tärkeitä oppimiskokemuksia, joiden pohjalta sairaanhoitaja kasvattaa omaa ammatti-identiteettiään ja saa perusammattitaidon. (Välimäki & Mäkitalo 2000, 16; Hynynen 1999, 54.) Ammattitaidon pohjana on myös opiskelijan oma elämäkokemus (Lauri 2006, 90). Sairaanhoitajan ydinosaaminen perustuu Laurin (2006, 90) mukaan tietoon terveydestä ja sairaudesta, tietoon ympäristöstä ja sen merkityksestä ihmiseen sekä tietoon hoitotyöstä, sen menetelmistä ja vaikutavuudesta ihmiselle.

Kun sairaanhoitaja on saanut koulutuksen myötä ammattitaitonsa ydinosaamisen, alkaa hänen kasvunsa asiantuntijaksi työssään. Laakkonen (2004, 158) on tutkinut väitöskirjassaan hoitohenkilöstön ammatillista kasvua hoitokulttuurissa. Tutkimuksen mukaan työkokemus vahvisti hoitajuutta ja ammattitaitoa ja se mahdollisti kriittisemmän tarkastelun omaan työhön. Asiantuntijaksi kasvamiseen vaikuttaa myös kuitenkin työympäristön toimintatavat ja sen tarjoama tuki työssä oppimiseen. Tutkimuksessa todettiin, että jos työyksikön hoitokulttuuri ei tarjoa riittävästi ammatillisia haasteita, niin ei myöskään tapahdu ammatillista kasvua. (Laakkonen 2004, 158.) Laakkosen (2004, 169) mukaan liian epäitsenäinen ja rutiininomainen työnkuva estää hoitajan ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitojen kehittymistä. Tällainen ympäristö voi siis tukahduttaa sairaanhoitajan ammatillisen kasvun.

Sairaanhoitajan ammatillisen kasvun tukemiseksi tarvitaan lisää kouluttautumista, vaikka työyksikkö tarjoaisikin puitteet työssä oppimiselle sekä teorian ja käytännön yhdistämiselle. Pelkkä perusammattitaito ei riitä, vaan sairaanhoitajan on kouluttauduttava läpi koko työelämänsä pystyäkseen työskentelemään oman alansa asiantuntijana. Hoitotyö ja hoitotiede kehittyvät koko ajan ja työssä vaaditaan lisää erilaista erikoisosaamista. Psykiatrisessa osasto-

työssä tarvitaan ammattitaitoisia ja vastuuntuntoisia työntekijöitä, jotka kykenevät itsenäiseen työskentelyyn ja pystyvät tekemään päätöksiä yhdessä nuoren, perheen ja työryhmän kanssa. (Välimäki ym. 2000, 16-18.) Sairaanhoidaja tarvitsee paljon tietoa ymmärtääkseen, hyödyntääkseen tietoa käytännössä sekä jakaakseen sitä eteenpäin. Sairaanhoidajan työhön kuuluu informaation antaminen nuorelle, hänen perheelleen ja mahdollisesti muulle verkostolle. Tieto lisää ymmärrystä nuoren tilanteesta ja avun tarpeesta. (Ahlfors ym. 1992, 59.)

Latvalan ym. (1995,127) mukaan psykiatrisena sairaanhoidajana kasvamisen yhtenä osana ovat erilaiset jatko-opinnot. Ammatillisuus kasvaa myös, kun sairaanhoidaja oppii ymmärtämään työtään syvällisemmin sekä oppii pohtivaa ja itsekriittistä työtettä. Tärkeää on myös kohdistaa omaa osaamistaan työyhteisön kehittämiseen ja yhteistyöhön muiden työntekijöiden kanssa. (Latvala ym. 1995, 127). Edellä mainittujen lisäksi ammatillista kasvamista tukee esimerkiksi itsereflektointi ja työnohjaus (Saarelainen 2003, 202). Itsereflektointi on vuoropuhelua itsensä kanssa niistä tilanteista ja tunteista, joita työssä herää. Siinä sairaanhoidaja tietoisesti miettii ja arvioi päivän tapahtumia ja omaa työtään. Työnohjaus taas on työyhteisön ulkopuolisen henkilön antamaa ohjausta, jossa käsitellään työhön liittyviä asioita ja ilmiöitä (Saarelainen 2003, 202; Latvala ym. 1995, 130.)

Koulutus on tarpeellista myös siksi, että sen myötä saadaan uusinta tutkittua tietoa, jota voidaan käyttää hyödyksi omassa työssä ja työyhteisössä. Psykiatrasta hoitotyötä tutkitaan jatkuvasti ja nuorten hoidon tulee olla näyttöön perustuvaa. Teoreettinen tieto on todennettu erilaisissa tieteellisissä tutkimuksissa ja se on objektiivista tietoa. Tärkeää on myös käytännön tieto, joka kasvaa ja kehittyy työkokemuksen mukana. (Lauri 2006, 83.) Haapakosken (2002, 105) mukaan ”tieto on asiantuntijuuden rakentamisen perusta” ja tietoperusta kasvaa teoreettisesta viitekehystä. Iijan ym. (1996, 16) mukaan teoreettinen viitekehys pohjautuu tutkittuun ja näyttöön perustuvaan teoriaan. Sairaanhoidaja saa työlleen suunnan ja tietää, mihin pyrkii, millaisia tavoitteita asettaa ja osaa perustella työtään ja sen merkitystä. Teoria antaa hoitohenkilökunnalle yhteisen kielen ja termistön. Näin ollen vuorovaikutus paranee ja hoitotyötä voidaan suunnitella, kuvata, tutkia ja kehittää paremmin. Sairaanhoidaja pystyy priorisoimaan potilaan tarpeita ja antamaan mahdollisimman laadukasta hoitoa arvioiden sitä säännöllisesti. Tähän kaikkien sairaanhoidaja tarvitsee jatkuvaa kouluttautumista koko työuransa ajan. (Iija ym. 1996, 16-17.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoidajien kokemuksia hoitaa nuorisopsykiatrisella osastolla nuoria, joilla on todettu ADHD. Asiaa lähestytään perhetyön ja yhteisöllisyyden teemoista. Tarkoituksena on myös selvittää, millaista koulutusta sairaanhoidajat ovat aiheesta saaneet, millaista hyötyä siitä on ollut ja millaista koulutusta he vielä toivoisivat.

Tutkimuskysymykset

1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on perhetyöstä ja yhteisöllisyydestä nuorten kanssa, joilla on todettu ADHD?
2. Miten saatu koulutus vastaa sairaanhoitajien tarpeeseen hoitaa nuoria, joilla on todettu ADHD?
3. Millaista koulutusta sairaanhoitajat toivovat kyseisten nuorten hoitotyöhön?

5 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSASETELMA

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö tehdään laadullisena tutkimuksena, jossa aineiston keruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua ja aineisto analysoidaan sisällönanalyysillä. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2008, 160) mukaan laadullisessa tutkimuksessa suositaan ihmistä tiedonkeruun lähteenä ja tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa. Opinnäytetyön taustalla on fenomenologinen lähestymistapa, joka soveltuu tällaiseen tutkimukseen, missä kerätään ihmisten kokemuksia (Åstedt - Kurki & Nieminen 2006, 152). Krausen ja Kiikalan (1996, 79-80) mukaan fenomenologiassa ajatellaan, että ihminen saa tajunnallisuuden kautta elämyksiä, joille hän antaa yksilöllisiä merkityksiä. Siinä tarkastellaan ihmisen subjektiivista todellisuutta. Näin saadaan esiin ihmisen omia kokemuksia sellaisena kuin ne on eletty ja tässä opinnäytetyössä näitä kokemuksia pyritään paljastamaan. (Krause ym.1996, 79-80.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston määrän ei tarvitse olla suuri, sillä siinä ei pyritä etsimään tilastollisia eroja tai muuttujia (Alasuutari 1994, 29). Janhonen ja Nikkonen (2003, 11) muistuttavat, että tutkimuksessa ei tule unohtaa sitä, että laatu tulee ennen määrää. Tavoitteena on löytää kerätystä aineistosta toimintatapoja, samankaltaisuuksia tai erilaisuuksia. Näin pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja saamaan mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2008, 157; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21-23; Field & Morse 1985, 109.)

5.2 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä käytettiin teemahaastattelua aineiston keruumenetelmänä. Aineisto kerättiin valitulta kohdejoukolta, joilla on kokemusta hoitaa nuorisopsykiatrisella osastolla aiheeseen liittyviä nuoria ja jotka osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Haastattelut tehtiin luottamuksellisesti. (Hirsjärvi ym. 2008, 160; Lukkarinen 2003, 126.)

Tutkimusmenetelmänä haastattelussa kysytään toisen ihmisen mielipiteitä, kokemuksia ja tunteita tutkimuksen kohteesta ja sen tärkein tehtävä on informaation kerääminen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 41-42). Tässä opinnäytetyössä kerättiin haasteltavien subjektiivisia kokemuk-

sia tutkittavasta aiheesta (Hirsjärvi ym. 2008, 200). Haastattelussa tulee olla selkeästi suunniteltu päämäärä ja vastaus saadaan puhutussa muodossa. Teemahaastattelussa lähdetään siitä oletuksesta, että haasteltavat ovat kokeneet asioita aiheeseen liittyen. Tutkijan tulee olla selvillä aiheen teoriasta, josta tutkittavat teemat nousevat ja haastattelu etenee näiden teemojen varassa. (Hirsjärvi ym. 2000, 41-48.) Teemahaastattelussa ei ole tarkkoja kysymyksiä eikä tiettyä järjestystä (Hirsjärvi ym. 2008, 203). Haastattelun edetessä voidaan palata takaisin aikaisempiin teemoihin. Tällaisessa puolistrukturoidussa haastattelussa saattavat haastateltavan vastaukset viedä keskustelun alueille, joita tutkija ei ehkä ole ennakoitunut. Haastattelun edetessä se syvenee, kun asioiden välisiä yhteyksiä tunnistetaan. (Field ym. 1985, 79.)

Tutkimuslupa- anomus, tutkimussuunnitelma ja tutkimussuunnitelman tiivistelmä (liite 1.) lähetettiin ylihoitajan kautta eteenpäin toukokuussa ja tutkimuslupa (liite 2.) myönnettiin kesäkuun puolessa välissä. Tutkimus suoritettiin HYKS nuorisopsykiatriassa Jorvin sairaalassa osastoilla PN1 ja PN2. Osasto PN1 on kahdeksanpaikkainen nuorten kriisi - ja tutkimusosasto. Hoitoaika on keskimäärin kahdesta neljään viikkoa ja hoidon lyhyiden vuoksi nuorten vaihtuvuus on osastolla suurempi kuin PN2:lla. Osasto PN2 on kahdeksanpaikkainen nuorten tutkimus- ja kuntoutusosasto, jossa hoitoajat ovat pidempiä. Tutkimusjakso kestää kuudesta kahdeksaan viikkoa ja kuntoutusjakso neljästä kuuteen kuukauteen. PN1:llä työskentelee 19 sairaanhoitajaa ja PN2:lla 15. Lisäksi molemmilla osastoilla on osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja, joka osallistuu myös hoitotyöhön. Osastonhoitajien toimenkuva on enemmän hallinnollinen, eivätkä he osallistu suoranaisesti potilastyöhön.

Haastateltavia tässä opinnäytetyössä oli yhteensä kahdeksan, molemmilta osastoilta haastateltiin neljää sairaanhoitajaa. Haastateltavat valikoituivat tutkimukseen työkokemuksensa perusteella niin, että heillä oli mahdollisimman pitkä työkokemus nuorisopsykiatriasta. Huomioon otettiin pidemmät poissaolot työstä kuten työnkierrot, äitiys- ja vanhempainvapaat. Osasto PN1:ltä sairaanhoitajat valikoituivat osastonhoitajan avulla. Osasto PN2:lta valitsin sairaanhoitajat itse. Toimin osastolla apulaisosastonhoitajana, mutta tätä työtä tehdessäni olen hoitanut osastonhoitajan sijaisuutta. Katsoin osastojen työvuorotaulukoista ketkä työntekijöistä olivat niiden viikkojen aikana töissä, jolloin haastattelut tehtiin. Osaksi haastatteluun valikoitumiseen vaikutti se, että haastattelut tehtiin kesäkuun 2009 aikana. Tämän vuoksi osalla pitkän työkokemuksen omaavista oli alkanut kesäloma, joten heitä ei haastateltu.

Haastatteluun valituille lähetettiin kutsuna kirje (liite 3.) ja haastattelu-aika sovittiin yhdessä, jotta haastateltava pystyi valmistautumaan haastatteluun (Krause & Kiikkala 1996, 109). Haastattelut äänitettiin mikrokaseteille sanelukoneella ja haastattelut tapahtuivat sairaanhoitajien työajalla. Aikaa jokaiseen haastatteluun varattiin yksi tunti. Haastattelua varten pyrittiin valitsemaan mahdollisimman häiriötön paikka (Field ym. 1985, 80). Hirsjärven ym. (2000, 74) mukaan haastattelupaikan tulisi olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen.

Tämä lisää kontaktia haastateltavaan mikä on edellytyksenä hyvälle teemahaastattelulle. Osa haastatteluista tehtiin osasto PN2:n osastonhoitajan huoneessa ja osa sosiaalityöntekijän huoneessa. Huoneessa ei ollut muita kuin haastattelija ja haastateltava.

5.3 Aineiston analysointi

Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, jossa kerätty aineisto pyritään tiivistämään niin, että voidaan kuvata tutkittavaa ilmiötä lyhyesti ja yleistävästi (Latvala ym. 2003, 21-23). Aineistosta pyritään nostamaan esiin tutkimuskysymyksen kannalta oleellisia ilmaisuja (Krause ym. 1996, 117). Sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jonka tavoitteena on kerätyn aineiston käsitteellistäminen ja odottamattomien ilmaisujen paljastuminen. Aineiston analysointi aloitettiin litteroimalla haastattelut, jolloin ne kirjoitettiin sanatarkasti puhtaaksi. (Hirsjärvi ym. 2008, 217.) Litteroitua materiaalia oli yhteensä 136 sivua.

Ennen analyysin aloittamista määriteltiin analyysiyksikkö, joka tässä opinnäytetyössä on ajatuksellinen kokonaisuus. Aineistosta luotiin kokonaiskuva ja pyrittiin löytämään olennaisia asioita haastateltujen kokemuksista. Aineistoa lähdettiin pelkistämään mieltien, mikä on tutkimusasetelman kannalta oleellista asiaa ja näin saatiin aineisto hallittavammaksi. Aineistoa lähdettiin aluksi purkamaan tutkimuksen kolmen keskeisimmän teeman mukaan (perhe-työ, yhteisöllisyys ja koulutus) ja tämän jälkeen aloitettiin ryhmittely. Aineiston ryhmittelyssä yhdistettiin samaa tarkoittavat kokonaisuudet samaksi luokaksi ja sille annettiin sisältöä kuvaava nimi. (Hirsjärvi ym. 2008, 160; Latvala ym. 2003, 24-29; Alasuutarin 1994, 30-31.)

Aineiston analysoinnissa on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että pelkistämisen- ja ryhmittelyvaiheessa kaikki aineiston ajatukselliset kokonaisuudet otetaan huomioon (Alasuutari 1994, 33). Latvalan ym. (2003, 23) mukaan aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Aineiston ryhmittelyssä ei voitu tehdä kokonaisuuksia, jos kaikki haastateltavat eivät ole tuoneet asiaa esiin tai ovat eri mieltä. Esimerkiksi ei siis voida sanoa, että sairaanhoitajat kokivat nuorten hoitamisen raskaana, jos vain osa haastatteluista on sitä mieltä. Tällöin valittiin toinen asioita yhdistävä kategoria, johon asia ryhmiteltiin. (Alasuutari 1994, 33.)

Aineiston keruun jälkeen tehtiin päätös siitä, miten aineisto oli parasta ryhmitellä litteroidusta materiaalista. Yhdistelyn apuna voi käyttää yliviivauskynää tai leikata ja yhdistellä samaan luokkaan kuuluvat sanat (Field 1985, 115). Tässä opinnäytetyössä aineisto yhdisteltiin purkamisen jälkeen tietokoneella leikaten ja liittäen. Ajatukselliset kokonaisuudet nostettiin esiin ja listattiin erilliselle sivulle allekkain. Tämän jälkeen aineisto abstrahoitettiin (Liite 4.), jolloin samansisältöiset luokat yhdistettiin ja niistä muodostui yläluokkia (Latvala ym. 2003, 24-29). Alasuutarin (1994, 35) mukaan pyritään siis tekemään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä.

Tuloksissa kuvattiin sairaanhoitajien kokemukset niin, ettei niistä tunnista yksittäistä henkilöä (Latvala ym. 2003, 24-29).

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kaikki tutkimukseen valitut sairaanhoitajat suostuivat haastatteluun. Lyhyin haastattelu kesti 26 minuuttia ja muut kestivät 40-45 minuuttia. Kaikilla sairaanhoitajilla oli pitkä työkokemus psykiatriasta. Viisi sairaanhoitajaa oli valmistunut 1990- luvulla ja kolme hoitajaa 2000- luvulla. Suuri osa sairaanhoitajista oli aloittanut opinnot lukiopohjalta. Neljällä sairaanhoitajalla oli työkokemusta viisi - yhdeksän vuotta ja neljällä sairaanhoitajalla kymmenen vuotta tai enemmän. Sairaanhoitajat olivat olleet nuorisopsykiatriassa töissä vähintään 4,5 vuotta. Kaikki olivat hoitaneet nuorisopsykiatriassa nuoria, joilla on todettu ADHD.

Kaikki kahdeksan sairaanhoitajaa kuvasivat, että tyypillisin hoitoon tuleva nuori on noin 13-14 vuotias poika, jolla on aikaisempi hoitokontakti lastenpsykiatria. Sairaanhoitajilta kysyttiin heidän kokemustaan siitä, miksi nuoret olivat tulleet osastohoitoon. Vastauksia tuli useampia, joten hoitoon tulon syy ei aina ollut yksiselitteinen. Kuusi sairaanhoitajaa koki, että yhtenä syynä oli ollut nuoren aggressiivinen käyttäytyminen kotona tai koulussa. Neljän mielestä syynä oli ollut erilaiset perheongelmat ja kolmen mielestä kouluongelmat. Kaksi sairaanhoitajaa toi esiin, että osastohoidon tavoitteena oli ollut lääkityksen aloittaminen tai sen vaihtaminen. Lisäksi yksittäisinä syinä osastohoitoon sairaanhoitajat toivat esiin nuoren itsetuhoisuuden, masentuneisuuden, sosiaaliset ongelmat ja päihteiden käytön.

”Mä väittäisin, että tuota ne on poikia ja sitä 13-14 ikäluokkaa”

”Tai itse asiassa niillä ollut masentuneisuutta tai koulunkäyntiongelmia tai tällaisia muita syitä tavallaan.”

”Erityyppistä väkivaltaista käyttäytymistä yleensä. Taikka sitten päihteitä. Tai ei pelkästään päihteitä, vaan sitten niin kun siis erityyppistä väkivaltaista käyttäytymistä joko päihteiden kera tai ilman päihdeongelmaa.”

Seuraavaksi tarkastelen tutkimuksen tuloksia perhetyön, yhteisöllisyyden ja koulutuksen teemoista.

6.1 Kokemukset perhetyöstä

Tämä ja seuraava kappale (6.2) vastaavat ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Kuudella sairaanhoitajalla oli omakohtaista kokemusta ADHD:hen sairastuneen nuoren perhetyöstä. Muutkin sairaanhoitajat yhtä lukuun ottamatta olivat olleet tekemisissä nuorten perheiden kanssa, vaikka eivät olleetkaan tehneet varsinaista perhetyötä. Sairaanhoitajat kokivat perhetyön

hyvin tärkeänä ja erityisesti tiedon sekä ymmärryksen antamisen perheelle. Perhetyö toimii hyvin vaihtelevasti, riippuen perheen kiinnostuksesta ja osallistumishalukkuudesta. Perhetyöhön vaikuttavat myös hoitoryhmän sisäinen työnjako ja sairaanhoitajien tekemä vuorotyö. Sairaanhoitajat kuvasivat oman kokemuksensa mukaan perheiden piirteitä. Perhetyön suhteen nähtiin tärkeänä ymmärtää perheen haasteita nuoren kanssa ja tukea heitä arjessa.

”Niin tuota se on tavallaan niin kun jotenkin semmoinen tuomiokin olemassa ja siihen liittyy hyvin paljon ennakkoluuloja ja tämmöistä. Niin kyllä siinä iso työ on siinä perhetyössä ihan kaiken kaikkiaan.”

”En voi sanoa, että voisin sanoa, että mä olen tehnyt mitään perhetyötä ADHD-nuoren tai sen perheen kanssa.”

”Kyllä meillä kaikki perheet tavataan niin paljon kun perheenjäseniä paikalle saadaan, mutta mikä sitten on kenenkin kohdalla tarpeeksi ja minkä verran kenenkin kohdalla tavataan, se kyllä vaihtelee.”

Seuraavissa kappaleissa käsittelem perhetaustaa, perheen haasteita ja perheen tukemista.

6.1.1 Nuoren perhetausta

Sairaanhoitajilta kysyttiin millaisia toisiinsa yhdistäviä piirteitä he olivat perheissä huomanneet. Viisi sairaanhoitajaa koki, että nuoret tulivat erilaisista perheistä eikä niistä löytynyt yhdistävää tekijää. Perheet olivat erilaisissa elämäntilanteissa ja sosiaaliluokaltaan erilaisia, mutta joitain yhdistäviä piirteitä perheillä kuitenkin esiintyi. Viisi sairaanhoitajaa mainitsi, että usein perheissä on ollut avioero. Yksittäisinä kokemuksina sairaanhoitajat toivat esiin, että perheissä oli myös työttömyyttä, alkoholismia, sosiaalisia ongelmia ja vanhempien kouluttamattomuutta.

”...en mä nyt muista, että mistään niin ku ihan hienosto perheistäkään ois tullu. En mä niin ku tota... jotenkin mä aattelen, et kyllä varmaan voi olla ihan minkälaisessa tämmösessä perheessä vaan. Mutta tota, niin kyl siellä niinku miten mä nyt niitä taustoja mietin, niin aika usein on ollu niin ku esimerkiksi avioero taustalla.”

”Siis ne perheet, missä mä olen ollut hoitoryhmässä, niin ne mä en muista yhtäkään sellaista perhettä, että mä olisin isää tavannut. Että ne on ollu niin kun yksinhuoltajaäitiperheitä...”

”Mun mielest on ihan kaikenlaisista perheistä, et joillakin on vanhemmat eronneet, joillakin ei ja joillakin taas tää sosiaalinen kasti on ollu tosi hyvä ja joillakin vähemmän huono, tai vähemmän hyvä...”

Neljä sairaanhoitajaa koki, että perheissä näkyi ADHD:n periytyvyys. Erityisesti vanhemmilla tai toisella heistä esiintyi jonkinlaisia ADHD-piirteitä. Kukaan sairaanhoitajista ei muistanut, että perhetapaamisissa olisi kuitenkaan tullut esiin jommankumman vanhemman diagnosoitu ADHD. Sairanhoitajat kuvasivat, että vanhemmilla/vanhemmalla esiintyi lyhytjänteisyyttä, impulsiivisuutta, rajattomuutta ja keskittymiskyvyttömyyttä. Kolme sairaanhoitajaa koki etteivät he olleet havainneet vanhemmilla ADHD-piirteitä. Yksi sairaanhoitaja ei ollut tehnyt ADHD:hen sairastuneen nuoren perheen kanssa työtä, eikä siksi voinut ottaa kantaa tähän asiaan.

”...kyllä sen niin kun huomaa, että jotain sentyyppistä on. Ehkä se jotenkin semmoisena lyhytjänteisenä juttuna saattaisi näkyä. Mä mietin jotakin, vaikka tulla perhetapaamiseen tai muuhun, niin tuota siihen voi tulla väliin monta asiaa tai sinänsä se ei unohdu, mutta että jotenkin siinä persoonassa on semmosia, että hoidetaan miljoonaa asiaa samalla kertaa tai tämmöstä.”

”Myös sen vanhemman, jos tuota siitä voisi sitten puhua suoremmin ja myös tuota hänen kohdalla niin kun alkaa käymään läpi sitä, että voi olla hyvinkin mahdollista, että kenties sullakin on ADHD ja selvittää sitä asiaa niin kun sitä kautta.”

6.1.2 Perheen haasteet

Sairanhoitajat kokivat, että ADHD:hen sairastuneen nuoren piirteet voivat kuormittaa perhettä ja asettaa perheelle omanlaisiaan haasteita. Viisi sairaanhoitajaa toi esiin negatiivisuuden kehän. Vanhemmat saavat lapsen ja nuoren käyttäytymisestä negatiivista palautetta tarhasta, kerhoista, koulusta ja muusta ympäristöstä. Palaute siirtyy vanhempien kautta nuoreen. Vanhemmat myös itse turhautuvat ja väsyvät nuoren käyttäytymiseen. Jatkuva negatiivisuus vaikuttaa koko perheen käyttäytymiseen ja vanhemmat saattavat alkaa välttelemään kodin ulkopuolella liikkumista nuoren kanssa. Vanhemmat saattavat myös menettää uskonsa nuoreen ja tämän voimavaroihin.

”Ainakin semmosena niin kun väsymisenä just, että niin kun, että niin kun aina sinun kanssa saa sitä ja tätä ja tota tapella ja aina sitä ja kun et sitä koulua hoitanut silloin ja tällöin ja tuolloin. Joudut aina tuommosiin tilanteisiin ja ehkä semmosta, että onko se sitten niin kun väsyminen vai turhautuminen vai ärtyminen vai mikä se sana. Ja semmonen niin kun, että negatiivista palautetta tulee sille lapselle enemmän mitä positiivista.”

”...jos se itsetunto on niin kun pikkulapsesta lähtien mennyt vaan niin kun alemmas ja alemmas, kun missään ei oikein onnistu ja eikä saa sitä sellaista niin kun positiivista palautetta sitten.”

”... vaikka isä ja äiti, niin on tuota oikeastaan siitä saakka niin, kun eskarista ja kouluajasta saakka kuullut aina niin kun sitä, että sieltä on tullut ehkä hyvin vähän positiivista palautetta, niin sehän lyö leimansa siihen, että vuorovaikutukseen sen oman lapsen kanssa ja vuorovaikutukseen sitten perheen ulkopuolisten tahojen kanssa, että siinä on aina olemassa sellaiset negatiiviset odotukset ja tuota sitä niitä toiveita ei oikeastaan enää uskalla tuoda kauheasti esille, koska ajattelee, että kuitenkin sitten epäonnistutaan...”

Toisaalta esiin tuli myös etteivät perheen haasteet ole kiinni nuoren diagnoosista vaan monilla perheillä on haasteita oman nuorensa kanssa.

”Mitekähän mä tän sanoisin, mä jotenkin ajattelen sillä tavalla, että hyvin usein oli sitten kysymys ADHD:sta tai masennuksesta tai ihan mistä tahansa, niin useinhan se on nii, että perheet kokee, että niillä on haastetta.”

Kolme sairaanhoitajaa toi esiin, että perheen haasteena on oikeanlaisten rutiinien ja rajojen asettaminen nuorelle. Nuori tarvitsee ympärilleen selkeät ja johdonmukaiset struktuurit, jotka tukevat hänen positiivisia piirteitään. Esiin tuli myös, että joskus vanhemmilla voi olla vaikeuksia pitää omasta roolistaan kiinni ja vanhemmuus on hukassa.

”Että niin kun ei niin kun suhata sillä tavalla, just nyt kun kymmenessä paikassa yhtä aikaa, vaan niin kun tehdään semmonen niin kun struktuuri sille niin kun olemiselle ja tekemiselle. Ja suunnitellaan niin kun asiat, että mitä kaikkea se niin kun rajaaminen on kokonaisuudessaan.”

”Ihan siis tavallaan ehkä se semmonen vanhemmuus on aika lailla hukassa tai sitä ei niin kun välttämättä olekaan.”

”Semmoisia fiiliksiä, mutta että ei semmoisia niin kun, siis opetellaan erilaisia niin kun rajoja asettamaan, niin kun täältä osastolta käsin. Jotkut on ottanut sitä samaa mallia sitten kun on päästy perhetyössä niin eteenpäin niin kotiin joissakin asioissa.”

6.1.3 Perheen tukeminen

Niin kuin aikaisemmin mainitsin, kokivat sairaanhoitajat perhetyön merkityksellisenä. Sairaanhoitajat kokivat, että perheen tukemiseksi tulisi perheelle antaa tietoa ADHD:sta, ohjata oikeanlaisten rajojen asettamisessa sekä kannustaa ja tukea perhettä. Seitsemän sairaanhoitajaa koki, että tärkein tehtävä perhetyössä ja perheen tukemisessa oli riittävä tiedon antaminen perheelle. Perheelle annettavan tiedon tulisi olla psykoedukaatiota ADHD:sta, käytännössä siis tietoa ADHD:n oireista ja oireenhallinnasta.

”Ehkä enemmän sitten jos voi antaa niinku tietoa siitä ja myöskin ihan sit sitä, jos puhutaan arkikielessä olkapäätä, johon pystyy purkaa sit sitä, niinku niitä omia raivotunteita, mitä se nuori herättää myös niissä vanhemmissa ja myös sitä, että ne saa niinku jostain sitä energiaa, että ne jaksaa sen nuoren kanssa.”

”Niin no, kyllähän se niin kun periaatteessa on paljon semmoista tiedon jakamista ja tuota aika konkreettisista asioista puhumistakin...”

”Kyllä se jotenkin sitä ymmärrystä siihen perheeseenkin ja niitä niin kun ihan käytännön juttuja ja sehän on hyvin tärkeitä, että se homma toimii.”

Yksi sairaanhoitaja mietti tulisiko psykoedukaatiota aloittaa kriisiosastolla, koska hoitoaika siellä on niin lyhyt ja nuori jatkaa osastohoidon jälkeen avohoidossa. Osa sairaanhoitajista toi esiin avohoidon roolin tärkeyden psykoedukaation antajana.

”...mutta jotenkin mä ajattelisin, että se ei hirveästi olisi niin kun meidän tehtävä antaa sitä edukaatiota, vaan se olisi sitten se joku muu paikka, avopaikka.”

”Kyllä sitä meillä vois alottaa, koska kaikki muuthan meillä myös perhetyönä alotetaan niin miksei tuotakin, et sitten se vaan jatkuis avohoidossa.”

Viisi sairaanhoitajaa toi esiin, että perhe tarvitsee paljon kannustusta ja tukea. Tämä auttaa myös negatiivisuuden kehän katkaisemisessa. Osastohoito nähtiin osittain myös tervetulleena hengähdystaukona ja voimauttavana tekijänä perheelle. Neljä sairaanhoitajaa toi esiin perheen tukemiseksi oikeanlaisten rajojen asettamisen. Rajojen asettamiseen liittyi erilaisten rutiinien ja päiväohjelmien opetteleminen sekä turvallisten struktuurien asettaminen. Osastolla on omat rajansa ja vanhemmat saattavat siirtää niitä kotiin. Lisäksi vanhempien kanssa olisi hyvä käydä läpi millaisia rutiineja ja sääntöjä kotiin voisi luoda.

”...opetellaan erilaisia niin kun rajoja asettamaan, niin kun täältä osastolta käsin. Jotkut on ottanut sitä samaa mallia sitten kun on päästy perhetyössä niin eteenpäin niin kotiin joissakin asioissa.”

”Ensinnäkin sitä tukea ihan älyttömästi ja sitten sitä ohjausta ihan älyttömästi, että ne pystyy niin kun ymmärtää sen, että koska kyllähän se on niin kun vanhemmat ottaa aika paljon kuraa niskaan siinä niin kun koulusta ja joka paikasta. Joo, ja yrittää parhaansa.”

6.2 Kokemukset yhteisöllisyydestä

”Joo, kyllä se tuo, että tuota, että sehän tuo oikeastaan sen koko elämänhistorian mukaan tuohon yhteisöön, että sellainen jolla ADHD on, niin se on ollut sillä jo pienestä lapsesta saakka ja se ihminen on tavallaan niin kun joutunut niin kun elämään sen kanssa näissä yhteisöissä, päiväkodissa, koulussa, myös kotona, kaveripiirissä, että kylähän se niin kun aina tuota niin lyö sitten leimansa siihen, että kun nykyään on aina niin kun joka paikassa on nuoria, joilla on ADHD vaikka sanotaan luokassa saattaa olla yksi tai kaksikin, tai ihan miten vaan, missä vaan.”

Sairaanhoitajat toivat esiin, että ADHD:ta sairastava nuori tuo yhteisöön omanlaisiaan piirteitä, jotka vaikuttavat yhteiseen toimintaan. Esiin nousi nuoren käyttäytyminen yhteisössä, hänen rajaamisensa ja käytöksen vaikutus muihin nuoriin. Näitä käsittelen seuraavissa kappaleissa. Erityisesti nuoren käyttäytyminen ryhmissä, yhteisissä kokouksissa ja muussa yhteisöllisessä toiminnassa koettiin usein häiritseväksi. Käytöksen vuoksi nuorta joudutaan rajaamaan usein ja sairaanhoitajat kokivat sen raskaaksi. Sairaanhoitajien mielestä nuoren ADHD-piirteet myös vaikuttivat muiden nuorten hoitoon.

Kaikki sairaanhoitajat toivat esiin, että osastolla ei voida hoitaa monta ADHD:hen sairastunutta nuorta kerrallaan. Kuusi sairaanhoitajaa koki, että optimaalinen määrä on yksi nuori ja kahden sairaanhoitajan mielestä kaksi nuorta samaan aikaan. Sairaanhoitajat kokivat myös, ettei nuorten hoitoa kannata keskittää esimerkiksi yhdelle ADHD:n hoito-osastolle vaan hoito voidaan toteuttaa nykyisen kaltaisena. Erillinen ADHD- hoito-osasto nähtiin nuorta leimaavana ja myös hankalana toteuttaa. Toteuttamisessa nähtiin vaikeana se, että jos nuoria olisi monta samaan aikaan, olisi hoito ehkä liian haastavaa. Osastolla on hoidossa monenlaisia nuoria ja se nähtiin hyvänä asiana myös sen vuoksi, että nuoret oppivat ymmärtämään erilaisia ihmisiä.

”Tota... niin... mä en tiedä minkähänlaista se sitten olis, että jos olis joku semmonen osasto missä olis monta ADHD nuorta yhtä aikaa. Se voi olla aika kaoottista. Et kyl mä niin ku näkisin et täss pystyy sen yhden ADHD- nuoren hoitamaan. Et tietenkin se voi olla haasteellista ja yksikin voi saada tän osaston sekasin tai sillä tavalla niin ku, että vaikuttaahan se, mutta ei se yksi niin ku, yks onnistuu kyllä.”

”Niin no, se on kyllä kaksipiippuinen juttu, mutta että se, että ehkä se voisi olla niin, että olisi heille ihan oma paikkansa. Mutta sitten se on taas kauhean leimaavaa ja se ei ole hyvä juttu ADHD-nuoren kohdalla, kun kuitenkin täytyisi niin kun tähän yhteiskunnan jäseneksi sopeutua ja myös meidän niin kun muitten niin kun oppia ymmärtämään, että nämä on tällaisia oireita, mitä tänä päivänä ihmisillä on ja tuota niitä nyt vaan joudutaan niin kun kohtaamaan tässä elämässä.”

6.2.1 Nuoren käyttäytyminen yhteisössä

Kaikki kahdeksan hoitajaa toivat esiin, että nuoren keskittymiskyvyttömyys ja motorinen levottomuus näkyivät nuoren käyttäytymisessä. Lisäksi esiin tuli verbaalista levottomuutta, asiatonta käyttäytymistä ja hallinnan tarvetta. Keskittymiskyvyttömyys tuli selkeästi esiin ryhmätoiminnassa, jossa nuori ei pysty keskittymään kunnolla mihinkään. Esimerkiksi luovissa ryhmissä nuori saattaa tehdä nopeasti useita töitä siinä ajassa missä toinen nuori keskittyy tekemään yhtä. Nuoren on vaikeaa olla ryhmässä mukana ja nuoren käyttäytyminen siellä vaikuttaa koko ryhmän toimintaan hajottavasti. Keskittymiskyvyttömyys tuli esiin myös koulussa ja omahoitajakeskusteluissa. Nuori ei pysty keskittymään koulutehtäviin eikä opetukseen. Hän ei pysty myöskään seuraamaan keskustelua vaan syrjähtelee, ei kuuntele ja tekee samaan aikaan muuta.

”Sählää, ei jaksakaan olla vaikka ryhmässä, niin tehdä sitä juttua tai sitten tekee, jos nyt on vaikka joku mitä sitä muistelis, jotain piirtämistä tai maalaamista ollut, niin siinä sitten voi tehdä niin, että ei pysty niin kun keskittyy pitkään yhteen työhön, vaan saattaa tehdä 10 työtä siinä samana aikana, kun joku tekee yhden työn.”

”No keskusteluissa on hirveen vaikeaa kuunnella toista ja sitten jos on jotain ryhmätilanteita, niin on vaikeaa asettua niihin ryhmän sääntöihin, et hirveen helposti alkaa sit tehdä omia juttujaan. Semmosissa tilanteissa mitkä vaatii keskittymistä ja paikalla oloa.”

”Et kyllähän sitä niinku palautetta tulee sit hyvin paljon voi tulla koulusta, että ei pysty yhtään keskittymään ja tota sit tietysti tossa yhteisössä et joku pystyy hetken tekee jotakin asiaa, kun sit taas pitää siirtyä toiseen tai sitten niin ku ryhmässäkin se tulee esille.”

Motorinen levottomuus näkyy erilaisena sormien naputteluna, pintojen (esimerkiksi pöydän) rummutteluna ja koputteluna, tömistelynä, naputteluna, ilmeilynä, jalkojen ja käsien heilutteluna sekä paikallaan kiemurteluna. Nuoren on hyvin vaikeaa ellei mahdotonta istua paikallaan rauhallisesti, vaan hän tekee kokoajan jotain. Seitsemän sairaanhoitajaa toi esiin myös verbaalisen levottomuuden. Nuori puhuu paljon ja puhuu myös muiden päälle eikä kuuntele toisia. Kuuntelemattomuus vaikeuttaa nuoren hoitoa koska häneltä menee usein ohi kaikki sovitut asiat. Nuoren puheet eivät välttämättä ole asiallisia tai mitenkään tilanteeseen liittyviä. Jatkuvan puhumisen koettiin häiritsevän muuta yhteisöä.

”Niin, no se näkyy, siis sehän on sitä rummuttelua ja semmoista niin kun ettei yhtään pysy paikoillaan. Että on vähän niin kun muurahaiset housuissa olisi koko ajan ja levo-

tonta liikehdintää ja venymistä ja vanumista siinä yhteisön tiloissa, että tuota se on vaan se ryhmäilmiö, että kyllä se sitten leviää muittenkin. ”

”...se oli just tällöinen, et se niinku, sen piti olla joka paikassa ja kaikkien huomio piti saada, sekä nuorten että hoitajien...”

”No kyllä se sillä tavalla näkyy, että jos jotain kuin tai niinku esimerkiksi, et jos jotain asiaa hoitaa, niin sitä on tosi vaikea aina sanottua loppuun, kun se toinen alkaa puhumaan, toimittamaan niitä omia juttujaan päälle. Et täytyy monta kertaa sanoa että hei, voitko kuunnella.”

Kaikki sairaanhoitajat toivat esiin myös paljon erilaista asiattontaa käyttäytymistä. Useimmiten asiaton käyttäytyminen liittyi nuoren tekemiin kepposiin, mutta kolme hoitajaa mainitsi myös nuoren käyttäytyneen osastolla aggressiivisesti. Aggressiivinen käyttäytyminen tuli esiin esimerkiksi riidanhaastamisena sekä muuna verbaalisena aggressiivisuutena, mutta myös fyysisenä aggressiivisuutena esineitä ja joskus myös ihmisiä kohtaan.

”Siinä oli aika monta sen tyyppistä, jotka oli aika herkkiä nyrkillä reagoimaan, niin semmoisia tilanteita ja just sitä, että se ärsytti muita ja sitten siitä tuli sellaisia tappeluja, kuka sitten aina teki mitään, mutta että kyllä siinä oli kanssa hyvin että niin kun äkillisesti oli toimimassa.”

Asiattomasta käyttäytymisestä tuli esiin erilaisia esimerkkejä. Nuoret ovat piiloutuneet vaikkapa kaappiin tai sängyn alle tai vastaavasti piilotelleet erilaisia tavaroita kuten kaukosäätimen tai päivän lehden. Nuoret ovat maanneet nojatuolien selkänojilla, hyppineet ja pomppineet käytävillä ja koputelleet kanslian ikkunaan. Esiin tuli myös tavaroiden heittäminen, kuten hedelmien tai kenkien, joita nuoret olivat heitelleet joko toisilleen tai pitkin osaston käytävää. Eräs nuori oli levitellyt huoneen täyteen wc-paperia ja eräs nuori tehnyt omahoitajatunnin aikana kuperkeikkoja sängyllä. Kaksi sairaanhoitajaa toi esiin, että nuorten käyttäytymisessä on vaikeaa määritellä johtuuko se nimenomaan ADHD:sta vai jostain muusta.

”... piilotellut tai mennyt itse piiloon tai voi tuoda erilaisia tavaroita, niin kun rullalaudan tai semmosta.”

”Mutta tota, mutta sitten varmaan sellaista huvittavuutta, kun ne keksii niin monenlaista.”

”Niin, niin kun leikkii vesisotaa vessassa vaikka.”

Kaksi sairaanhoitajaa toi myös esiin nuoren tarpeen hallita tilanteita. Nuori pyrkii ottamaan ohjat käsiinsä ja sen myötä pystyy hallitsemaan ja ohjaamaan tilanteita paremmin.

”Kyllä jotenkin, kun mä ajattelen yhteisöä ja siinä on niin kun on niin kun tuolit ja sohva ja tuota telkkari ja kaukosäädin ja niin yleensä se on aina se, jolla on se kaukosäädin kädessä, koska sitten siihen liittyy tavallaan sitten myös se semmoinen hallintajuttu, että kauhean tyypillistähän se on, että se on sellainen 13-15-vuotias poika ja se on jollain tavalla sellainen seremoniamestarikin ehkä siinä ja se kaukosäädin on siinä niin kun kädessä ja tavallaan se niin kun sitä pyörittää sitä balettia siinä.”

”Se on hirveen sellasta levotonta, ei anna muitten keskittyä oikein mihinkään ja tota yrittää sillä levottomuudella ottaa jollain tavoin sen tilanteen haltuun. Ja sitten tän mukaan niin se levottomuus leviää sitten näihin muihin.”

”...myös sen impulsiivisuuden kautta voi hallita paljon muita ihmisiä ja aikuisia ja mun mielestä se on hirveän tyypillistä niin kun, että tuota siinä syntyy niitä hallintadramoja, sellaisia tilanteita, että nuori tavallaan niin kun väsyttämällä väsyttää aikuisen ja yrittää saada sitä kautta sen oman tahtonsa ja toimintansa niin kun menemään niin niin kun itse kokee sen mielekkääksi.”

6.2.2 Nuoren käyttäytymisen rajaaminen

Nuoren käyttäytymisen vuoksi häntä joudutaan rajaamaan usein. Kaikki sairaanhoitajat toivat esiin, että rajaamisessa tulisi olla yhtenäisempi linja. Selkeät rajat tuovat nuorelle turvallisuutta ja myös helpottavat hoitajien työtä. Sairaanhoitajat kokivat, että ilman selkeää yhteistä linjaa hoitajat rajaavat nuoria eri tavalla. Toiset hoitajat rajaavat tiukemmin kuin toiset. Esiin nousi, että hoitajien antamaan rajaukseen vaikuttaa hoitajan persoonallisuus, työkokemus ja elämäkokemus. Myös ADHD-piirteiden ymmärtämisen nähtiin vaikuttavaan rajaamiseen, mitä enemmän sairaanhoitajilla on tietoa aiheesta, sitä johdonmukaisempaa rajaaminen on. Toisaalta esiin tuli, että osastolla joudutaan rajaamaan muitakin potilaita kuin pelkästään ADHD:hen sairastuneita, joten yhtenäisten linjojen sopiminen nousee esiin muutenkin.

”Kyllä se on persoonakohtaista ja tuota sitten on myös niin kun kokemuspohjaista sillä tavalla niin kun, että on vähemmän kokeneita työntekijöitä, niin niille ei ehkä välttämättä ole ihan selvääkään se, että niin kun mistä asioista on syytä rajoittaa ja mistä ei.”

”... sitten tota jotkut rajaa tiukemmin ja toiset rajaa sitten vähän höllemmin. Et toiset kattoo pidempään ja toiset sitten taas niin ku tiukemmin, nopeemmin puuttuu.”

”...muttei mun mielestä niin kun rajata ilman syytä kuitenkaan, eikä ketään niin kun jotenkin aikaisemmin, tai ettei kestettäis jotain juttua ja sitten pitää rajata, vaikka laittaa huoneeseen, niin se kyllä laitetaan samassa suhteessa kun muutenkin.”

Hoitajien erilaiset rajaamiskäytännöt hämmentävät nuoria, sillä heidän on vaikeaa ymmärtää, miksi tänään saa tehdä näin ja huomenna se kielletään joka kerta. Myös nuorten splitting pääsee paremmin esiin, kun käytänteet ovat erilaisia hoitajasta riippuen. Molemmilla osastoilla, missä haastattelu tehtiin, oli omat yleiset sääntönsä. Yhteisiä sääntöjä ei kuitenkaan voida tehdä niin tarkoiksi, että ne riittäisivät kattamaan kaikkien nuoren hoitoa. Kaikki sairaanhoitajat kokivat, että ADHD:hen sairastuneiden hoitoon pitää laatia joko oma hoitolinja osastolle tai potilaskohtaisesti omat sopimukset, jotka selkiyttävät henkilökunnalle ja nuorelle sovitut asiat. Myös nuorelle laadittu selkeä päivästrukturi koettiin tarpeelliseksi.

”Siis hyvä olisi olla olemassa toimintatavat ja niin kun ehkä vielä tarkemmat säännöt ja rajat, mitä sitten osaston säännöt on. Mutta toisaalta se voi saada aikaan myös semmosta hämmennystä ja eriarvoisuuden kokemista nuorten välillä ja tuota, mutta että mutta kyllähän se tilanne on se aina, että jos on nuori, jolla on ADHD, niin siinä kohtaa ne kaikki säännöt ja rajat tulee niin kun aina jotenkin uudelleen niin kun seullottavaksi.”

”... jos ajatellaan nuoren kokonaishoidon kannalta, niin se olisi aivan loistavaa, kun se olisi jossain paperilla niin kun suunnitelma kirjattuna, silloin se voisi niin kun kantaa vuorosta toiseen persoonasta ja miehityksestä riippumatta.”

”Ensin meinasin jo hihkaista tossa, että ADHD-hoitolinja, että se olisi se, että se olisi yhteinen, mutta se meillä todennäköisesti hukkuis kansioihin, että on ehkä varmaan kuitenkin sitten potilaskohtainen, mutta sen pitäisi olla niin lyhyt ja siinä pitäisi olla vaan ne niin kun ne oikeasti tärkeät asiat, että se tulisi luettua ja kaikki pystyisi noudattaa.”

Sairaanhoitajat kokivat nuoren jatkuvan rajaamisen raskaana, varsinkin koska se ei ole yhtenäistä. Sairaanhoitajat kuvasivat rajaamisen olevan väsyttävää, ”pinnaa koettelevaa” ja kuormittavaa. Rajaaminen herättää myös erimielisyyttä henkilökunnan keskuudessa. Rajatesa joudutaan huomauttelemaan, kieltämään ja rajoittamaan nuorta hänen käytöksestään. Kolme sairaanhoitajaa toi erityisesti esiin, että rajaaminen pitäisi nähdä hoidollisen ja kuntouttavana asiana, jossa nuori oppii säätämään ADHD-piirteitään. Rajaaminen ei siis ole rangaistus vaan hoidollinen elementti.

”Se elämä on tavalla tai toisella kriisiytynyt siellä arjessa, niin silloin se on niin kun vielä impulsiivisempaa se käyttäytyminen. Varsinkin alkuun niin kun kaikki nuoret hakee rajoja, mutta nämä hakee niin kun jotenkin vielä enemmän niitä rajoja, että mitä nopeammin ne osaston rajat löytyy, niin sitten se impulsiivisuuskin saattaa jo sillä niin kun vähän lieventyä.”

”Ja sitten myös aina se, että mistä on hyötyä, että se ei oo vaan rangaistus, et mitä sillä tavallaan ajetaan sillä sanktiolla, että se pitäis olla kuitenkin sellanen sanktio mistä nuori hyötyy, eikä vaan sen takia, että sä joudut kärsii rangaistuksen ku sä oot käyttäytynyt huonosti.”

6.2.3 Käyttäytymisen vaikutus muihin nuoriin

Viisi sairaanhoitajaa koki, että nuoren käyttäytyminen osastolla vaikuttaa muiden nuorten hoitoon. Toiset nuoret ärsyntyvät, hermostuvat ja tuskastuvat nuoren käyttäytymisestä. Nuoren jatkuva puhuminen ja vauhdikkuus tarttuu koko yhteisöön aiheuttaen levottomuutta. Osa nuorista vetäytyy yhteisöstä ja osa nuorista taas lähtee käyttäytymiseen mukaan mikä saattaa aiheuttaa erilaisia ryhmäilmiöitä osastolla.

”Ja sitten siihen yleensä liittyy semmoista niin kun, että se tunnelma niin kun on semmoinen kauhean hajanainen ja tuota jotenkin semmonen epäselvä ja epävakaa ja siinä saattaa välillä niin ilmapiiri kiristyäkin ja siinä saattaa kaatuilla jotain pientä jakkaraa ja tämmöstä... ja että siinä ei niin kun kukaan oikein pysty keskittymään yhtään mihinkään.”

”Niin sitten myös ne joilla sitä ADHD:ta ei ole, niin kyllähän ne niin kun myös omalla tavallaan sitten sen kokee, että kyllä siinä tulee semmonen erityis, semmonen niin kun miten sen nyt kuvailisi, omanlaisensa tapa olla ja elää siinä yhteisössä silloin kun siellä on nuori, jolla on ADHD.”

Tosin yleistä levottomuutta, ryhmäilmiöitä ja muita tämän kaltaisia asioita voivat aiheuttavat muutkin kuin ADHD:hen sairastunut nuori. Sairaanhoitajilta menee paljon aikaa rajaamiseen ja siksi huomion antaminen muille nuorille voi olla vähäisempää. Esiin tuli kuitenkin, että sairaanhoitajat pyrkivät siihen ettei muiden nuorten hoito kärsi tilanteesta.

”Mutta että se nyt tulee tämä sama ilmiö toki muittenkin kun ADHD:itten kanssa, kun on käytöshäiriöinen tai jotenkin muuten levottomammin käyttäytyvä, niin kyllähän se sama ilmiö on silloinkin havaittavissa.”

Sairaanhoitajat toivat myös esiin positiivisen vaikutuksen muihin nuoriin. Esimerkiksi hiljaisempi ja arempi nuori voi saada voimaa ja rohkeutta seuratessaan toisen käyttäytymistä

”Voi se olla, että jos se saa niin kun vähän sitä periaatteessa levitettyä niin kun sitä levottomuutta, niin jos ajattelee puututaanko sitten niin kun sen toisen nuoren johonkin levottomuuteen, mikä ei välttämättä ollenkaan mikään niin kun ongelma muuta kuin nyt tässä tilanteessa. Tai niin kun, tiedätkö sä, se voi niin kun hyvässäkin mielessä olla, että joku joka ei oikein uskalla ja saa siitä sitten niin kun voimaa. Sillai vähän

ehkä jonkun kohdalla on hyvää, että jos vaikka uhmakkuuttakin löytyy, jos ei sitä aikaisemmin ole löytynyt. Että sekä hyvässä että pahassa.”

6.3 Kokemukset ja toiveet koulutuksesta

Tämä kappale vastaa toiseen ja kolmanteen tutkimuskysymykseen. Seuraavissa kappaleissa käsittelen millaista koulutusta sairaanhoitajat saivat opiskeluaikana ja työhistoriansa aikana, kokivatko he hyötynensä siitä, kokevatko he koulutuksen tarpeellisena ja millaista koulutusta he vielä toivoisivat.

6.3.1 Aikaisemmat koulutukset ja koulutuksen tarpeellisuus

Suurin osa sairaanhoitajista koki etteivät he olleet saaneet tutkintoa opiskellessaan minkäänlaista koulutusta liittyen ADHD:hen. Vain kolmella sairaanhoitajalla oli muistikuva siitä, että aihetta olisi sivuttu opiskeluaikoina. Kaikki kolme sairaanhoitajaa kokivat, että opiskeluaikana saatu koulutus oli ollut hyvin pintapuolista eivätkä he olleet saaneet siitä juurikaan hyötyä työelämäänsä. Kaksi sairaanhoitajaa myös muisteli, ettei opiskeluaikoina puhuttu ADHD:sta vaan silloin oli käytössä termi MBD. Työhistoriansa aikana sairaanhoitajat olivat käyneet koulutuksissa vaihtelevasti. Kahdella sairaanhoitajalla ei ollut ollut minkäänlaista koulutusta liittyen ADHD:hen ja kaksi sairaanhoitajaa oli käynyt yksittäisen ulkopuolisen koulutuksen, jonka sisältöön oli liittynyt ADHD. Koulutuksen suhteen ilmeni osastokohtaisia eroja, sillä osastolla PN2:lla oli aikaisemmin ollut töissä neurologian erikoislääkäri, joka oli pitänyt henkilökunnalle koulutuksia ADHD:sta. Koulutukset olivat lähinnä yleistietoa aiheesta.

”No siihen aikaan ei vielä edes ADHD-käsitettä tunnettu, että se oli MBD...”

”Ei ole kyllä niin kun käteen jäänyt mitään.”

”Joo, no se oli yksi tilaisuus missä (PN2:n lääkäri) puhu ADHD:sta ja joskus on täällä osastolla ollu myös semmosii luentoja.”

Näiden lisäksi osastolta PN2 oli kaksi sairaanhoitajaa käynyt Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS), psykiatrian toimialan järjestämän ADHD - coach koulutuksen. Coach koulutuksen käyneet sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä koulutuksen antiin. Koulutuksen käyneiden lisäksi kolme sairaanhoitajaa tiesi, että kyseinen koulutus oli järjestetty, mutta kukaan heistä ei tiennyt juurikaan koulutuksen sisällöstä. Sairaanhoitajille kerrottiin koulutuksesta ja kysyttiin, miten coachien tietoa voitaisiin hyödyntää työyhteisössä. Yhden hoitajan mielestä jokaisessa ADHD:n sairastuneen nuoren hoitoryhmässä tulisi olla yksi coach. Seitsemän sairaanhoitajaa koki, että coacheja voisi käyttää hoitoryhmän konsultaatioapuna, eikä heidän tarvitsisi välttämättä kuulua hoitoryhmään. Neljän hoitajan mielestä koulutuksen käyneet voisivat tehdä erillisen coaching sopimuksen nuoren kanssa hoitoryhmän ulkopuolella.

”No ainakin nyt ekaksi niin kun ajattelee, että jos meillä on vaikka hoitoryhmä, niin kun hoitoryhmän kokoontuminen, niin voisi niin kun pyytää konsultaatioapua.”

”Perheet kaipaa sellaista, että niin kun joku tietää oikeasti, että ne niin kun saa sen kokemuksen, että tai puhuu vaan niin kun, että onhan meillä kuultu ADHD:sta, vaan että se oikeasti tietää.”

Sairaanhoitajat kokivat lisäkoulutuksen ADHD:sta hyvin tarpeellisena. Kuusi sairaanhoitajaa arvioi, että koulutuksella olisi positiivista merkitystä henkilökunnan työskentelyyn nuorten kanssa. Suurimaksi osaksi he olivat sitä mieltä, että henkilökunnalla ei ollut tarpeeksi tietoa ADHD:sta. He kokivat, että lisäkoulutuksen myötä henkilökunnan ymmärrys nuorta kohtaan lisääntyisi ja myös suhtautuminen nuoreen muuttuisi suvaitsevaisemmaksi. Tiedon ja ymmärryksen myötä ”huono käyttäytyminen” nähtäisiin osana sairautta. Koulutuksen myötä myös hoitolinjat selkiytyisivät. Vaikka sairaanhoitajat kokivat koulutuksen tärkeänä, niin kolme heistä toi myös esiin, että osastoilla hoidetaan nuoria hyvin erilaisista syistä. Koulutuksen merkitys korostuu siis paljon laajemmallakin alalla kuin vain ADHD:n suhteen.

”Kyllä sitä koulutusta tarvitaan jotta sitä ymmärrystä saa et miksi se nuori käyttäytyy sillä lailla.”

”Mä luulen et aika vähän ihmisil on tietoo siitä, et ne vaan aattelee et se on semmonen ongelma nuori.”

”Nimenomaan niin kun sitä, että tulisi sitä ymmärrystä, ymmärrystä siihen, että se nuori ei niin kun ilkeyttänsä tai ärsyttävyyttänsä käyttäydy niin kuin käyttäytyy.”

6.3.2 Toiveet tulevista koulutuksista

Sairaanhoitajat toivoivat tulevissa koulutuksissa ydintietoa ADHD:sta ja käytännön hoitotyön tietoa. Ydintietoon sisältyy perustietoa, neuropsykiatrasta tietoa ja diagnostillista tietoa. Kuusi sairaanhoitajaa toivoi perustietoa ADHD piirteistä ja siitä, miten ne vaikuttavat sekä näkyvät nuoren käyttäytymisessä. Tietoa toivottiin myös ADHD:n liitännäisoireista. Kuusi sairaanhoitajaa toivoi neuropsykiatrasta tietoa sairauden fysiologiasta sekä aivojen ja välittäjäaineiden toiminnasta. He kokivat, että tämänkaltaisen tieto lisäisi erityisesti ymmärrystä nuorta kohtaan. Kolme sairaanhoitajaa toi esiin tarvetta diagnostillisesta tiedosta. Vaikka sairaanhoitajat eivät diagnooseja tee, sitä toivottiin silti. Yhtenä syynä oli, että osastolla lääkärit vaihtuvat suhteellisen usein ja koettiin, että sairaanhoitajan on hyvä tietää myös tällaisia asioita. Esiin tuli myös erotusdiagnostisia kysymyksiä, koska ADHD:ssa on samantyyppisiä piirteitä kuten käytöshäiriössä.

”Ihan siis nää perustiedot, ku mä luulen, et aika vähän ihmisil on tietoo siitä...”

”Elikkä niinkun tällasta neurologiaa, aivojen toimintaa, välittäjäaineita, et sitä taustaa.”

”Se nyt ei suoranaisesti meidän sairaanhoitajien työhön liity, mutta toi erotusdiagnostiikka, et just se, että jos meillä on lääkäri, joka ei oo perehtynyt tähän ADHD:hen, niin miten sitten niinku nää oikeenlaisen diagnoosit pystytään tekemään ja pois sulkemaan.”

Käytännön hoitotyön tietoon sisältyy tietoa nuoren hoitamiseen osastolla, lääkitystietoa ja elämäntietoa. Viisi hoitajaa toivoi tietoa nuoren hoitamiseen osastolla. Tällaista tietoa toivottiin esimerkiksi hoitolinjoista, rajaamisesta ja perhetyöstä. Sairaanhoitajat toivoivat myös konkreettista tietoa siitä, millaista ADHD:n hoidon tulisi olla kuntoutusosastolla tai kriisiosastolla. Yhdeltä hoitajalta tuli esiin toive saada enemmän tietoa siitä, miten ADHD näkyy juuri murrosiässä.

”Saisi niitä niin kun jotenkin selkeämmäksi sen hoitolinjan ja ettei se ole vaa semmosta vellomista siinä osastolla ja niin kun semmoista yhtenäistä tietoa ja linjaa, niin ihan varmasti olisi hyvä.”

”... niin ehkä kaipaisin semmoista niin kun nuoruusikä ja ADHD tarkennettua vähä.”

Viisi sairaanhoitajaa toivoi myös tietoa lääkityksestä. He toivoivat tietoa erilaisista lääkevaihtoehdoista, käyttötavoista ja vaikutuksista. Suurin osa sairaanhoitajista koki ADHD-lääkityksellä olleen konkreettista hyötyä nuoren vointiin. Yleisin lääke osastohoidossa on Concertta® ja viime aikoina myös Strattera®. Metylifenidaatin käyttö herätti toivetta koulutuksesta huumausainelääkkeiden käytön suhteen. Neljää sairaanhoitajaa mietitytti se, että lääkkeiden kanssa tulee olla hyvin tarkkana ja lääkkeiden määrän tulee täsmätä suhteessa annettuihin lääkkeisiin. Huumausainekorttiin tulee olla kirjattuna tarkasti vaadittavat asiat. Hoitajat toivat esiin, että aina aika ajoin huumausainekorteissa on virheitä ja niitä joudutaan selvittelemään. Kahden hoitajan mielestä huumausainelääkkeiden käytössä ei ole sen kummempaa ja sairaanhoitaja työhön liittyy paljon muitakin asioita missä tulee olla tarkkana. Pitäähän sairaanhoitajan olla tarkka esimerkiksi jakaessaan mitä tahansa lääkettä.

”.. ne on huumausainereseptillä olevia lääkkeitä ja niin kun että jotenkin, no ihan jo tietty sekin, että mitä se tarkoittaa ja ihan niin kun niin kun ne käytännöt, että on huumausainekortti jossakin ja niin kun näin.”

”Niin ja... just se, että sit aletaan selvittää, että miten tää niinku menee ja tietysti ku se on niinku niin hirveen tarkkaa, niin vähän tulee sit ittellemään semmonen niinku... onks tää niinku poliisijuttu kohta, että jos on niinku joku yks nappi on kateissa.”

”... sitten sille vaan aloitettiin täällä niin kun Concerta ja se oli niin kun jotenkin niin kun puhtaasti semmonen niin kun oikein niin kun ihme parantuminen, että parissa viikossa lähti kaikki sujumaan hirveän hyvin ja se poika rauhoittui.”

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia hoitaa nuorisopsykiatrisella osastolla nuoria, joilla on todettu ADHD. Asiaa lähestyttiin perhetyön ja yhteisöllisyyden teemoista. Tarkoituksena oli myös selvittää millaista koulutusta sairaanhoitajat ovat aiheesta saaneet, millaista hyötyä siitä on ollut ja millaista koulutusta he vielä toivoisivat. Tutkimuskysymyksiä oli kolme ja tutkimuksesta saatiin vastaukset niihin. Aluksi käyn läpi lyhyesti tutkimuksen tulokset tiivistettynä ja sen jälkeen pohdin tuloksia pääteemoittain. Pohdin myös tutkimuksen luotettavuutta, eettisyyttä sekä hyödyllisyyttä ja jatkotutkimus aiheita.

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimuksen tuloksissa tuli esiin, että sairaanhoitajat kokivat *perhetyön* tärkeänä osana nuoren hoitoa. Perhetyön suhteen nähtiin tärkeänä ymmärtää perheen haasteita nuoren kanssa ja tukea heitä arjessa. Perheen tukemiseksi tulee perheelle antaa tietoa ADHD:sta, sen oireista ja oireiden hallinnasta sekä ohjata oikeanlaisten rajojen asettamisessa. Perheen tukeminen ja kannustaminen nähtiin tärkeänä, sillä perhe saattaa saada paljon negatiivista palautetta ympäristöstään nuoren käyttäytymisestä.

Sairaanhoitajat toivat esiin, että osastolla ADHD:ta sairastava nuori tuo *yhteisöön* omanlaisiaan piirteitä, jotka vaikuttavat yhteiseen toimintaan. Esiin nousi nuoren käyttäytyminen yhteisössä, hänen rajaamisensa ja käytöksen vaikutus muihin nuoriin. Sairaanhoitajat toivat esiin, että nuoren keskittymiskyvyttömyys ja motorinen levottomuus näkyivät nuoren käyttäytymisessä. Lisäksi esiin tuli verbaalista levottomuutta, asiatonta käyttäytymistä ja hallinnan tarvetta. Erityisesti nuoren käyttäytyminen ryhmissä, yhteisissä kokouksissa ja muussa yhteisöllisessä toiminnassa koettiin usein häiritseväksi. Käytöksen vuoksi nuorta joudutaan rajamaan usein ja sairaanhoitajat kokivat tämän raskaaksi.

Suurin osa sairaanhoitajista koki, etteivät he olleet saaneet tutkintoa opiskellessaan minkäänlaista *koulutusta* liittyen ADHD:hen. Työhistoriansa aikana sairaanhoitajat olivat käyneet koulutuksissa vaihtelevasti. Sairaanhoitajat kokivat lisäkoulutuksen ADHD:sta hyvin tarpeellisen ja suurimmaksi osaksi he olivat sitä mieltä, että henkilökunnalla ei ollut tarpeeksi tietoa ADHD:sta. He kokivat, että lisäkoulutuksen myötä henkilökunnan ymmärrys nuorta kohtaan lisääntyisi ja myös suhtautuminen nuoreen muuttuisi suvaitsevaisemmaksi. Tiedon ja ymmärryksen myötä ”huono käyttäytyminen” nähtäisiin osana sairautta. Sairaanhoitajat toivoivat tulevaisuudessa ydintietoa ADHD:sta ja käytännön hoitotyön tietoa. Ydintietoon sisäl-

tyy perustietoa, neuropsykiatrista tietoa ja diagnostillista tietoa. Käytännön hoitotyön tietoon sisältyy tietoa nuoren hoitamiseen osastolla, lääkitystietoa ja elämäntietoa.

Seuraavaksi pohdin tarkemmin sairaanhoitajien kokemuksia perhetyöstä, yhteisöllisyydestä sekä saadusta ja toivotusta koulutuksesta.

7.1.1 Kokemukset perhetyöstä

Sairaanhoitajat kokivat perhetyön merkityksellisenä ja suurin osa olikin tehnyt sitä ADHD:hen sairastuneen nuoren perheen kanssa. Vaikka sairaanhoitajat kokivat, ettei perheiden taustoil- la ollut selvää yhdistävää tekijää, tuli tutkimuksessa kuitenkin esiin joitain yhteisiä piirteitä. Huomioitavaa on se, että sairaanhoitajien mukaan joissain perheissä tuli esiin ADHD-piirteitä myös vanhemmilla. Nuori ei siis ole välttämättä perheessä ainut, jolla on ADHD ja perheen kanssa työskennellessä on siis syytä ottaa huomioon ADHD:n periytyvyys (Käypähoitosuositus 2007, 3044). Esiin tuli myös, että usein perheissä on ollut avioero. Tämä voi olla puhtaasti sattumaa, tai se voi liittyä jommankumman vanhemman vauhdikkaaseen elämäntyyliin. Hetken ensihuumassa solmittu avioliitto ei välttämättä ole kestävä, ja ADHD:ta sairastava henkilö voi tehdä päätöksiä impulsiivisesti. Tämä ei tietenkään tarkoita etteivät he pystyisi sitoutumaan, mutta tutkimuksessa sairaanhoitajat totesivat vanhemmilla olevan lyhytjänteisyyttä, impulsiivisuutta ja rajattomuutta.

Ennen kuin perhetyö voi alkaa, on perheeseen saatava hoitokontakti niin, että yhteistyö mahdollistuu. Tämä vaatii sairaanhoitajilta ammattitaitoa kohdata perhe oikealla tavalla ja pitkäjänteisyyttä houkutella perhe mukaan yhteistyöhön. (ks. Kuipers ym. 2005, 8.) Sairaanhoitajat toivat esiin tuen antamisen tärkeyden perheelle. Nuoren hoitoon suositellaankin riittävän tiedon antamista nuorelle ja hänen perheelleen. Näiden avulla saadaan vähennettyä ja toivotavasti katkaistua negatiivisuuden kehä, johon nuori ja vanhemmat helposti joutuvat. Myös nuoren henkilökohtaisella ohjaamisella ja käytöksen muokkaamisella on tärkeä roolinsa kehän katkaisemisessa. (Käypähoitosuositus 2007, 3049; Michelsson ym. 2003, 83,87.) Vanhemmat tarvitsevat tiedon lisäksi myös tukea arjen rutiinien ja rajojen asettamiseen. Selkeillä säännöillä ja struktuurilla saadaan aikaan positiivisia tuloksia sekä helpotetaan nuoren ja vanhempien elämää.

Myös vanhemmuuden tukeminen on tärkeää. Katajisto ja Tuominen (2006, 21-22) totesivat tutkimuksessaan, että ylivilkkaiden lasten vanhemmat olivat väsyneitä, eivätkä nauttineet vanhemmuudestaan. Pelkästään siis jo nuoren piirteet eli yliaktiivisuus, keskittymiskyvyttömyys ja impulsiivisuus kuormittavat vanhempia, puhumattakaan normaalista murrosikään kuuluvasta käyttäytymisestä. Nuori pyrkii ottamaan itselleen tilaa ja valtaa osana itsenäistymistään. Vanhemman tehtävä on toimia aikuisena, joka säätelee sopivasti nuoren vapautta. Rajojen asettajana vanhemmat saattavat saada nuorelta paljon ikäviä kommentteja ja kiuk-

kua osakseen, mutta vanhempien tehtävänä on kestää se. Murrosiän kapinointi ja perheestä irtautuminen on yksi perheen kehitystehtävistä (Piha 2000b, 66-67; Iija ym. 1996, 118-120; McMurray 1993, 102-103; Ahlfors ym. 1992, 90-95).

Nuoren hoidossa on myös tärkeää lisätä tukitoimia ja jakaa tietoa kodin ulkopuolelle (Michelson ym. 2003, 90). Aina esimerkiksi kouluissa ei ole tarvittavia resursseja tai tietoa ymmärtää ADHD:hen sairastuneita nuoria. Ja tärkeintä on juuri se ymmärrys. Sen kautta pystytään näkemään sairauteen liittyvät piirteet sen sijaan, että nähtäisiin huonosti käyttäytyvä ja kuriton nuori. Jokainen voi miettiä miten suhtautuisi nuoreen, joka ei keskity koulussa, hän ei kuuntele, touhuaa omiaan eikä ymmärrä ohjeita. Opettaja kiinnittää väistämättäkin huomiotaan nuoren toimintaan ja hän antaa palautetta vanhemmille, jotka ovat nähneet jo samaa kotona. Vanhemmat puhuttelevat nuorta asiasta ja nuori oikeasti kyllä yrittää, mutta ei pysty. Voisi miettiä miten tämä kehä kulkisi, jos kaikki tietäisivät, että nuori ei pysty keskittymään, koska aivojen toiminta on hitaampi kuin muilla ja välittäjäaineet aivoissa eivät toimi niin kuin pitäisi (Lehtokoski 2004, 11-12, 28-30). Ja ennen kaikkea tärkeää on se tieto miten aivoja voidaan aktivoida niin, että nuori pystyy keskittymään paremmin ja miten impulsiivisuus ja hyperaktiivisuus vähenevät.

On tärkeää myös ymmärtää miten tämä negatiivisuus vaikuttaa nuoren itsetuntoon. Jokainen meistä haluaa olla hyvä jossain, jokainen haluaa osata, ymmärtää ja saada positiivista palautetta. Mutta vaikka oikeasti yrittäisitkin, etkä onnistu, niin saat vain moitetta. Tulee tunne, ettet osaa mitään, olet tyhmä ja huono kaikessa. Huono itsetunto altistaa nuoren monille psyykkisille sairauksille, sosiaalisesti huonoon käyttäytymiseen ja assosiaaliseen ystäväpiiriin. Huomiota haetaan keinolla millä hyvänsä ja mistä tahansa (Rintahaka 2007, 27-28). Kaikki tämä tulee yhteiskunnallisesti paljon kalliimmaksi kuin näihin asioihin panostaminen mahdollisimman aikaisin. Puhumattakaan siitä inhimillisestä kärsimyksestä mitä se aiheuttaa. On hyvä muistaa, että ADHD:ta sairastaa Suomessa noin 200 000- 250 000 ihmistä (Henttonen ym. 2004, 8). Vain murto-osa ADHD:hen sairastuneista tulee hoitoon nuorisopsykiatriaan ja esimerkiksi kriisiosastolla hoitoon tulon syy on usein jokin muu seikka, kriisi, jota lähdetään hoitamaan. Siksi mahdollisesti taustalla oleva ADHD ei aina välttämättä ole se mitä hoidetaan, vaikka se otetaankin huomioon nuoren hoidossa. Siksi tietoa ja osaamista pitäisi olla myös muilla sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla.

7.1.2 Kokemukset yhteisöllisyydestä

Sairaanhoitajat kuvasivat, että tyypillisin osastohoitoon tuleva nuori on 13-14 vuotias poika. Suurin osa ADHD:ta sairastavista onkin poikia, mikä siis selittäisi sen miksi myös hoitoon haakeutuu useimmiten poikia. Toisaalta tyttöjen piirteet ovat enemmän keskittymiskyvyttömyydessä, jolloin heidän käyttäytymiseensä ei kiinnitetä niin paljoa huomiota kuin myös impulsiivisiin ja hyperaktiivisiin poikiin. (Selikowitz 2004, 16; Green ym. 2004, 2; Lehtokoski 2004, 17;

Nieminen- von Wendt 2005, 25.) Hoitoon tulon syyt olivat moninaiset, mutta sairaanhoitajien kokemusten mukaan kukaan nuorista ei tullut hoitoon ensisijaisesti sen vuoksi, että hänellä on ADHD, vaan tulosyö oli jokin muu. Yleisimmäksi syyksi sairaanhoitajat kokivat aggressiivisen käyttäytymisen kotona tai koulussa. Osastolla aggressiivinen käyttäytyminen ei kuitenkaan näkynyt niin usein, vaan keskeisempänä tuli esiin keskittymiskyvyttömyys ja levottomuus.

Sairaanhoitajat toivat paljon esiin nuorten asiaton käyttäytymistä. Yhteisöllisyydessä on tärkeää sitoutua yhteisiin sääntöihin ja toimintatapoihin, mutta kaikki nuoret eivät pysty niihin sitoutumaan (Laukkanen ym. 2006, 218). Useimmiten on epätodennäköistä, että nuori tahallaan rikkoisi sääntöjä, mutta ne unohtuvat helposti tai nuori ei ole alunperinkään sisäistänyt niitä. Nuoren voi olla vaikeaa omaksua ääneen puhuttuja asioita ja siksi onkin tärkeää, että esimerkiksi säännöt annetaan myös kirjallisena. Nuoren voi olla helpompi hahmottaa kun hän näkee asiat paperilla. Tyypillisiä sääntöjä osastolla ovat muun muassa ”en käytä epäasiallista kieltä”, ”kunnioitan toisen yksityisyyttä” ja ”pidän huoneen siistissä kunnossa”. Rajaamistilanteissa nuoret usein vetoavat siihen onko asia kielletty sääntöjen mukaan. Toisaalta sääntöjen lisäksi on kuitenkin erilaisia kirjoittamattomia, hyvän tavan mukaisia sääntöjä. Säännöissä ei esimerkiksi sanota, ettei osastolla saa heitellä kenkiä tai wc-paperia ei saa levittää ympäri huonetta. Henkilökunnan vastuulla on huolehtia siitä, että nuoret saavat kasvattavaa palautetta omasta käyttäytymisestään (Punkanen 2001, 62-63). (ks. Barkley 2008, 59-60; Lehtokoski 2004, 48-49.)

Toisaalta nuorten asiaton käytös saattaa olla välillä huvittavaakin. Lukiessa sairaanhoitajien esimerkkejä erilaisista tapahtumista saattaa alkaa hymyilyttämään. Tiettyyn pisteeseen asti asiat voidaan ottaa huumorilla, mutta on syytä muistaa, että nuoret ovat hoidossa suljetulla psykiatrisella osastolla. Jokaisella on siis jokin syy miksi heitä osastolla hoidetaan. Sairaanhoitajat kokivat vaikeaksi määrittää, mikä nuoren käyttäytymisessä on piirrettä ADHD:sta ja mikä jotain muuta. Nuoren voi olla helpompi piiloutua hassuun ja vauhdikkaaseen rooliin kuin keskittyä oikeaan ongelmaan. Sairaanhoitajat toivat esiin, että nuoret ovat usein levottomia ja heidän on vaikea keskittyä. Levottomuus näkyi sekä motorisena, että verbaalisena levottomuutena. ADHD:hen sairastuneen nuoren kanssa olisi hyvä lähteä keskustelemaan asioista samalla kun järjestää jotain toimintaa. Toiminta aktivoi aivoja ja lieenee parempi vaihtoehto silloin, jos nuori on levoton ja hyperaktiivinen (Lehtokoski 2004, 11-12). Esimerkiksi kävelyllä tai kuntosalilla käynti voi olla hedelmällisempää kuin paikallaan istuminen ja jutteleminen.

Sairaanhoitajat toivat esiin nuorten hallinnan tarpeen erilaisissa tilanteissa. ADHD:ssa nuoren on vaikeaa ennakoita tilanteita ja siksi tilanteiden hallitseminen ja ohjaaminen auttaa myös nuorta ennakoimaan tapahtumia (Lehtokoski 2004, 11-12). Sairaanhoitajat kokivat myös nuoren jatkuvan rajaamisen raskaana. Nuorta joudutaan rajaamaan epäasiallisesta käyttäytymisestä ja jatkuva kieltäminen on kuormittavaa sekä henkilökunnalle, että nuorelle. Osastolla on kuitenkin pidettävä kiinni sovituista asioista ja säännöistä. Lisäksi on turvattava myös muil-

le nuorille rauhallinen ympäristö omaan psyykkisen voinnin kohentumiseen. Osaston ilmapiirillä kun on vaikutusta nuoren toipumiseen. (Friis ym. 2004, 155.) Rajaamisessa ei ollut sairaanhoitajilla yhtenäistä linjaa ja se koettiin ensiarvoisen tärkeäksi. Nuoren on vaikeaa ymmärtää miksi joku hoitaja kieltää tietyt asiat ja toiset hoitajat taas antavat tehdä niin. Tämä sama asia koskee myös tilanteita nuoren kotona (Lehtokoski 2004, 78). Siksi hoitajien on luotava yhtenäinen linja nuoren hoidossa ja huomioitava siinä nuoren ADHD-piirteet. Esimerkiksi on turhaa laittaa nuori omaan huoneeseen puoleksi tunniksi, kun ei hän kuitenkaan malta olla siellä niin kauaa. Siksi on luotava lyhyet selkeät ohjeet, jotka on suunniteltu henkilökohtaisesti nuorelle ja jotka ovat kaikkien sairaanhoitajien tiedossa. Tällöin kaikki tietävät mitä nuori saa tehdä ja mitä ei, ja miten esimerkiksi liialliseen ja häiritsevään levottomuuteen puututaan.

Kun selkeät ohjeet saadaan toimimaan, ne turvaavat myös muiden nuorten hoitoa. Sairaanhoitajat toivat esiin, että nuoren käyttäytyminen vaikuttaa myös muiden nuorten hoitoon sekä koko yhteisön toimintaan. Vaikutus näkyi ryhmissä, yhteisissä kokouksissa ja ylipäättään osaston arjessa. Toiset nuoret kokevat vaikutukset raskaina ja vetäytyvät yhteisöstä, toiset taas lähtevät mukaan. Syrjäänvetäytyvät nuoret saavat vähemmän huomiota, kun hoitajat antavat tarmonsia muiden rajaamiseen. Rajattavat nuoret taas saavat negatiivista huomiota, mikä ei ole koskaan hyväksi. Nuoren toimintaan mukaan lähtemisessä nähtiin myös toisaalta positiivinen puoli. Nuoret ovat osastolla keskenään vertailun kohteita ja kovin syrjäänvetäytyvälle ja hiljaiselle nuorelle voi tehdä hyvää saada rohkeutta ADHD:hen sairastuneesta nuoresta (Friis ym. 2004, 157). Toisaalta jos ensimmäisistä rohkeuden kokeiluista vain rajataan, ei se tue pidemmän päälle nuorta toimimaan niin.

Kaiken kaikkiaan nuoren yhteisössä oleminen ja käyttäytyminen nähtiin enimmäkseen negatiivisena. Tämä valitettavasti tukee negatiivisuudenkehää. Sairaanhoitajien ja erityisesti nuoren hoitoryhmän pitäisi luoda selkeät ohjeet ja struktuurit myös osastolle. Ei riitä, että vanhempia osataan neuvoa miten pitäisi toimia, jos osastollakaan ei saada asiaa toimimaan. Toisaalta osastotyössä on muistettava, että myös hoitajat ovat persoonaltaan hyvin erilaisia ja myös heistä eivät kaikki noudata yhteisiä sääntöjä tai pidä niitä merkityksellisinä. Mutta hyvän hoidon turvaamiseksi kaikkien olisi sitouduttava noudattamaan yhteisesti sovittuja asioita.

7.1.3 Kokemukset ja toiveet koulutuksesta

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että sairaanhoitajilla oli ollut omassa tutkinnossaan hyvin vähän, jos ollenkaan, koulutusta ADHD:sta. Tutkinnon myötä sairaanhoitajat saavat ydinosaamista omaan ammattiinsa ja tutkintoon on mahduttettu niin paljon asiaa, että opetus on tästä syystä monissa asioissa hyvin pintapuolinen (Lauri 2006, 90). Itse muistan, että koulussa käytiin läpi lääkärin luennot esimerkiksi skitsofreniasta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, mutta ei ADHD:sta. Jos asiaa tarkastelee väestön sairastavuuden näkökulmasta, voi vain ih-

metellä, miten ADHD:sta ei ole ollut sairaanhoitajilla enempää tietoa ja koulutusta. ADHD:ta sairastaa Suomessa noin 3-7 prosenttia väestöstä. Vastaavasti esimerkiksi skitsofreniaa sairastaa Suomessa noin yksi prosentti ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä puoli prosenttia väestöstä (Lönngqvist & Suvisaari 2009). Kun siis ADHD:hen sairastuneiden määrä väestötasolla on moninkertainen, niin voisi olettaa, että aihe otettaisiin sairaanhoitajan tutkinnon opetussuunnitelmaan. Huomioitavaa on tietenkin se, että kaikki ADHD:ta sairastavat eivät tarvitse psykiatrista hoitoa. Kun taas skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat tarvitsevat psykiatrisen hoitokontaktin jo pelkästään diagnosointiin sekä lääkityksen aloittamiseen ja jatkamiseen.

Olisiko siis sairaanhoitajan tutkintoa muutettava vastaamaan enemmän nykypäivän tarpeita vai pitäisikö työyksiköiden vastata tarpeeseen enemmän? Toisaalta kaikki tutkimukseen vastanneet olivat olleet jo pitkään työelämässä ja siis valmistuneet jo vuosia sitten. Näin ollen ei ole tietoa siitä onko sairaanhoitajan koulutus muuttunut vuosien varrella ja tuleeko tutkinnossa nykyään enempää tietoa ADHD:sta. Tuloksissa tuli esiin, että sairaanhoitajat arvioivat koulutuksella olevan positiivista merkitystä henkilökunnan työskentelyyn nuorten kanssa. He kokivat, että henkilökunnan ymmärrys lisääntyy ja suhtautuminen nuorta kohtaan muuttuu suvaitsevaisemmaksi. Näin ollen on varmaa se, että työyksiköissä tulee järjestää koulutusta aiheesta. Koulutuksen lisäksi sairaanhoitajan osaamisen kannalta on merkittävää aikaisempi työkokemus, mikä vahvistaa hoitajuutta ja ammattitaitoa. Käytännön tiedolla on suuri merkitys ammattitaidon lisääntymiseen ja se kasvaa ja kehittyy vain työkokemuksen kautta. (Lauri 2006, 83; Laakkonen 2004, 158.) Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla sairaanhoitajilla olikin pitkä työkokemus takanaan.

Niin kuin aikaisemmin jo mainitsin, on HYKS psykiatriassa koulutettu viime vuosina ADHD-coacheja ja sen lisäksi on järjestetty koulutusta neurologisista sairauksista. Kun koulutusta on siis tarjolla, voisi ajatella, että jää sairaanhoitajan omalle vastuulle pyrkiä osallistumaan niihin koulutuksiin, joita hän pitää itselleen tarpeellisina. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen vahvistuu kouluttautumisen kautta ja siksi on tärkeää, että jokainen hoitaja miettii millaista koulutusta hän tarvitsee. (ks. Haapakoski 2002, 105.) Tutkimukseen osallistuneista hoitajista kuusi olikin käynyt aiheeseen liittyvässä koulutuksessa valmistumisen jälkeen. Aina koulutukseen osallistuminen ei kuitenkaan ole helppoa vuorotyön, kustannusten, kiireen ja vastaavien, hoitajasta riippumattomien tekijöiden vuoksi. ADHD-coachien tietoa ja taitoa tulisi käyttää hyödyksi nuorten hoidossa enemmän. On harmillista, etteivät kaikki sairaanhoitajat tiedä, mitä koulutus pitää sisällään ja miten paljon he voisivat saada tukea coacheilta esimerkiksi hoitoryhmän konsultoinnissa tai perhetyössä työparina. Vaikka jokaisen sairaanhoitajan tulee tietää perusasiat myös ADHD:sta, ei kukaan voi tietää kaikkea. Siksi ADHD:hen erikoistuneiden sairaanhoitajien tiedon käyttäminen on tarpeellista.

ADHD on vain yksi niistä sairauksista joita nuorilla on, ja vain yksi syy siihen miksi nuori ha-
keutuu osastohoitoon. Nuori voi olla ahdistunut, masentunut, psykoottinen tai mitä vain koko
psykykkisten sairauksien ja oireiden kirjosta. Myös sairaanhoitajat ovat kiinnostuneita eri asi-
oista. Joku hoitaja on erikoistunut ja kouluttautunut enemmän psykooseihin, joku taas ma-
sennukseen. Joku tietää erityisesti perhetyöstä tai hoitosuhteen luomisesta. Ei siis voida olet-
taa, että kaikki sairaanhoitajat tietäisivät kaikesta kaiken, mutta perustietoa tulee olla. Siksi
oli osaltaan hämmästyttävää, että sairaanhoitajilla on niin vähän tietoa ADHD:sta ja tietoa
toivottiin aivan perusasioista.

Perustiedon lisäksi sairaanhoitajat toivoivat käytännön tietoa arkeen. Yhtenä tärkeänä asiana
nähtiin, että sairaanhoitajilla olisi tarpeeksi tietoa ADHD:sta niin, että he voisivat laatia yh-
tenäiset hoitolinjat nuorille. Yhteiset hoitolinjat tukisivat nuorten rajaamisessa tasapuolises-
ti. Hoitolinjat myös selkeyttäisivät ADHD:n hoitoa osastojen toiminnan puitteissa. Osastot
ovat hyvin erilaiset; PN2:llä hoito on pitkäjänteistä sekä kuntouttavaa, kun taas PN1:llä hoito
on lyhyt kriisin hoito. Siksi esimerkiksi PN1:llä kannattaa miettiä millaista työskentelyä nuo-
ren ja perheen kanssa aloittaa. Jos nuoren hoito kestää kaksi viikkoa, kannattaa miettiä mil-
lisiin tavoitteisiin perhetyössä lähtee. Avohoito jatkaa kuitenkin nuoren hoidossa ja siksi on
syytä miettiä, mitä on parempi aloittaa siellä. Vastaavasti taas PN2:lla on turha odottaa hoi-
don loppumiseen asti, koska hoito voi kestää yli puoli vuotta.

Sairaanhoitajat toivoivat tietoa myös ADHD:n lääkityksestä. Lääkityksessä mietitytti erityisesti
metyylifenidaatin käyttö, koska sen käytön seurannassa tulee olla tarkkana ja merkitä lääk-
keiden annot huumausainekorttiin ja potilaspapereihin. Mutta tällaistahan sairaanhoitajan työ
on. Sairaanhoitaja joutuu olemaan aina tarkkana jakaessaan mitä tahansa lääkettä, mitates-
saan verenpainetta, verensokeria tai kirjatessaan potilasseurantaa. Psykiatriassa sairaanhoita-
ja joutuu olemaan myös erittäin tarkkana suhteessa mielenterveyslakiin ja sen noudattami-
seen. Tietysti työ ei vaadi niin jatkuvaa tarkkuutta kuin esimerkiksi lastenkirurgiassa tai syö-
päsastoilla. Mutta sen mitä sairaanhoitaja tekee, on hänen tehtävä se niin hyvin kuin osaa
omia ammattieettisiä periaatteitaan noudattaen. Virheitä voi sattua joskus, mutta tärkeää
onkin tiedostaa ne ja oppia niistä.

Tietoa toivottiin myös sairauden fysiologiasta, aivojen toiminnasta ja diagnostillisista asioista.
Nämä ovat hyvin lääketieteeseen painottuvia asioita, mutta lääketiede ja hoitotiede kulkevat
rinnakkain hoitotyössä. Lääketieteellisten faktojen koettiin lisäävän sairaanhoitajien ymmär-
tämystä nuoren oireista ja käyttäytymisestä. Toisaalta on tarpeen myös huomioida, että hoi-
totyön luonne on muuttunut ja osastoilla on pulaa lääkäreistä. Omassa työssäni osastolta on
puuttunut jo vuosia osastonlääkäri, joka olisi valmis erikoislääkäri (psykiatri). Sairaalaalääkärit
vaihtuvat jatkuvasti ja tämä lisää sairaanhoitajien paineita osata enemmän myös lääketie-
teellisiä faktoja ja diagnostillisia seikkoja.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Hirsjärven ym. (2008, 226) mukaan tutkimusten tulosten luotettavuus vaihtelee vaikka virheitä pyrittiäsiinkin välttämään. Kaikkiin tutkimuksiin liittyy myös eettisiä ratkaisuja (Hirsjärvi ym. 2000, 19). Seuraavaksi pyrin kuvaamaan tähän tutkimukseen liittyviä luotettavuus- ja eettisyystekijöitä, sekä mahdollisia solmukohtia. Ennen työn aloittamista tutkimusaiheen ja tutkimusmetodien valinta ei ollut helppoa. Aluksi mietin määrällistä tutkimusta, sillä olen aikaisemmin opinnoissani tehnyt laadullisen tutkimuksen. Onneksi sain idean alkaa tutkimaan sairaanhoitajien kokemuksia hoitaa ADHD:hen sairastuneita nuoria. Tämä aihe oli mielestäni mielenkiintoinen ja tutkimusta on ollut ilo tehdä. Erityisesti pidin fenomenologisesta lähestymistavasta, jossa kerätään ihmisten aitoja kokemuksia asioista (Åstedt - Kurki ym. 2006, 152).

Tutkimussuunnitelma valmistui kevään 2009 aikana ja pyrin tekemään siitä mahdollisimman tarkan vankaksi pohjaksi tutkimukselle. Tutkimuksen teoreettinen osuus valmistui pääosin ennen tutkimuksen aloittamista ja sitä on lisäilty ja muokattu koko prosessin ajan. Teoriaosuudessa on pyritty käyttämään kattavaa lähdemateriaalia. Materiaalin valintaan on vaikuttanut lähteen ikä ja tässä opinnäytetyössä on käytetty mahdollisimman uutta tietoa. Tärkeää on ollut myös huomioida lähdemateriaalin luotettavuus. Teoriaosuuden rajaaminen on ollut haasteellista, sillä aiheesta löytyy niin paljon mielenkiintoista materiaalia, että työtä olisi voinut jatkaa ja laajentaa vielä edelleenkin. Jossain vaiheessa on kuitenkin todettava, että työ on nyt valmis.

Tutkimuslupa anottiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) ohjeiden mukaisesti. Tutkimuslupa myönnettiin kesäkuussa, vaikka kirjallisena sain sen myöhemmin. Tutkimusprosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta lukija näkee prosessin kulun. Haastatteluihin oli tarkoituksena valikoida mahdollisimman kokenutta henkilökuntaa, mutta osa työntekijöistä oli lomalla, joten se vaikutti siihen, ketkä valikoituivat tutkimukseen. Tällä ei juurikaan liene merkitystä tutkimustuloksien suhteen sillä kaikilla tutkimukseen osallistuneilla sairaanhoitajilla oli pitkä kokemus psykiatriasta. Puolet hoitajista oli ollut alalla töissä kymmenen vuotta tai enemmän ja lyhyin työkokemus oli viisi vuotta.

Tutkimuksen eettisiä puolia noudattaen kaikki sairaanhoitajat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti (Vehviläinen-Julkunen 2006, 26). Vaikka tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, on siihen saattanut vaikuttaa se, että tunnen kaikki sairaanhoitajat entuudestaan. Olen työskennellyt melkein kaikkien tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien kanssa useamman vuoden ja viimeisen vuoden ajan olen toiminut esimiehenä (osastonhoitajana) osastolla PN2. Tämän vuoksi sairaanhoitajat ovat saattaneet kokea, että heidän tulee osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen valituille lähetettiin kirje, jossa kerroin valinneeni kyseisen työntekijän tutkimukseen. Kirjeessä kerrottiin myös, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tämän jälkeen tapasin vielä jokaisen sairaanhoitajan erikseen ja varmistin

heidän halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Tosin itselleni ei jäänyt sellaista tunnetta, että hoitajat eivät olisi todella halunneet osallistua tutkimukseen tai, että he osallistuivat siihen vain miellyttääkseen minua esimiehenä.

Tutkimuksessa kaikki sairaanhoitajien tiedot tai kertomat asiat on esitetty niin, ettei niistä tunnista yksittäistä sairaanhoitajaa (Vehviläinen-Julkunen 2006, 26). Tutkimukseen osallistui kuitenkin vain kaksi sairaanhoitajaa, jotka olivat käyneet ADHD-coach koulutuksen. Nämä kaksi pystyvät mahdollisesti tunnistamaan tutkimuksen tuloksista sen, mitä itse ovat sanoneet ja sen kautta myös sen mitä toinen on sanonut. Molemmille sairaanhoitajille kerrottiin tästä ennen tutkimusta ja he halusivat silti osallistua.

Haastatteluja ennen valmistauduin käymällä läpi haastattelurungon ja aikaisemmissa haastatteluissa nousseet uudet asiat, joista halusin kysyä. En kuitenkaan halunnut valmistautua lii- kaa, ja haastattelut kulkivatkin omalla painollaan eteenpäin. Tarpeeksi väljä haastattelurun- ko antaa haastateltaville paremman mahdollisuuden tuoda esiin omia näkemyksiään ja koke- muksiaan (Nieminen 2006, 217). Puolet tutkimuksista tehtiin osastonhoitajan huoneessa, mikä jälkeenpäin ajatellen on saattanut vaikuttaa haastateltaviin. Koska toimin esimiehenä, ei virallisen työhuoneen käyttäminen haastattelupaikkana ehkä ollut paras mahdollinen ratkaisu. Tutkimuspaikka oli rauhallinen eikä haastatteluiden aikana tullut mitään varsinaisia häiriöte- kijöitä (Field ym. 1985, 80). Ainut häiriön aiheuttaja oli se, että haastattelut äänitettiin mik- rokasetille, jotka kestivät 15 minuuttia. Tämän vuoksi kasetin puolta piti vaihtaa ajoittain jopa neljä kertaa haastattelu aikana. Kasetin vaihtaminen sujui nopeasti, mutta katkaisi pu- hujan lauseen. Sairaanhoitajille kerrottiin nauhojen vaihtamisesta ennen haastattelun alkua. Pääsääntöisesti puhetta jatkettiin suoraan seuraavalle kasetille, mutta muutaman kerran haastateltava joutui miettimään mitä olikaan sanomassa. Totaalisia ajatuskatkoja tämä ei kuitenkaan aiheuttanut, vaan keskustelua jatkettiin siitä mihin oltiin jääty.

Olen itse työskennellyt nuorisopsykiatriassa vajaat viisi vuotta, joista reilut neljä vuotta olen tehnyt osastolla PN2. Lisäksi olen ollut yli puoli vuotta työnkierrossa osastolla PN1. Olen siis tehnyt työtä kaikkien haastatteluun osallistuneiden sairaanhoitajien kanssa itsekin työsken- nellen sairaanhoitajana. Vaikka nyt työskentelenkin esimiehenä osastolla PN2, on sairaanhoi- tajien tekemä työ tuttua ja mahdollisti yhteisen kielen ja ymmärryksen haastattelussa. Muu- tamaa sairaanhoitajaa jännitti haastattelu, mutta mielestäni keskustelun edetessä he rentou- tuivat ja kaikkien kanssa vuorovaikutus sujui hyvin. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Toisaalta oma roolini esimiehen on voinut vaikuttaa sairaanhoitajien vastaami- seen. Tällaisissa tilanteissa saattaa haastateltavalle tulla tunne, että hän vastauksillaan halu- aa miellyttää haastattelijaa. Ja jos haastatteli on vielä hänen esimiehensä, voi tarve koros- tua. Haastatteluista jäi kuitenkin itselleni tunne, että sairaanhoitajat kertoivat aidosti omia kokemuksiaan, myös negatiivisia.

Koska sairaanhoitajien tekemä työ on tosiaan tuttua, oli suurena vaarana se, että lähden tulkitsemaan asioita liikaa ja ymmärtämään rivien välistä. Olin ottanut etukäteen tämän seikan huomioon ja pyrkinyt pysymään mahdollisimman objektiivisena tutkimuksen ajan. Tätä helpotti se, että tutkimus litteroitiin, jolloin käytin analyysissä vain sairaanhoitajien esiin tuomia ajatuksellisia kokonaisuuksia. Kaikki kahdeksan haastateltua kuvasivat hyvin samankaltaisia asioita. Ensin haastattelin osasto PN2:n neljää sairaanhoitajaa ja sen jälkeen PN1:n sairaanhoitajia. Pienempikin määrä haastateltavia olisi riittänyt, sillä vastaukset alkoivat jo toistaa itseään. (ks. Hirsjärvi ym. 2008, 226). Tutkimuksessa saatiin kerättyä aineistoa jonka avulla voitiin vastata tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Tulosten analysoinnissa olen pyrkinyt myös pysymään objektiivisena ja mahdollisimman tarkkana ja tulokset on pyritty tuomaan esiin avoimesti ja rehellisesti (Vehviläinen-Julkunen 2006, 31).

Työn ohessa tutkimuksen tekeminen olisi ollut mahdotonta ja siksi olenkin käyttänyt työn tekemiseen vuosilomia huhtikuussa, toukokuussa, syyskuussa ja lokakuussa 2009. Lisäksi olin kesä- elokuussa kaksi kuukautta opintovapaalla. Nämä vapaat ovat mahdollistaneet täyden paneutumisen opinnäytetyön tekemiseen ja antaneet aikaa työstää tutkimusta mahdollisimman luotettavasti.

7.3 Tutkimuksen hyödyllisyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tulokset kertoivat, että osastoilla on mietittävä uudelleen tarkempia ja selkeämpiä hoitolinjoja ADHD:hen sairastuneen hoitoon. Tämä tieto on tärkeää esimiehille, jotka pystyvät konkreettisesti lähtemään työyhteisön kehittämiseen tällä saralla. Sairanhoitajien ja hoitotyön esimiesten yhteisenä tehtävänä on taata nuorille mahdollisimman hyvä hoito osastolla. Tämä tutkimus antaa tietoa mihin asioihin on syytä puuttua. Vaikka tutkimus käsiteli nuoria, joilla on ADHD, uskon, että hoitolinjojen ja osaston sääntöjen luominen ja päivittäminen palvelee kaikkia nuoria osastolla.

Myös koulutuksessa ilmenneet tarpeet on hyvä ottaa esimiestasolla huomioon. Syksyn aikana pidän itse kehityskeskustelut alaisilleni ja siinä on tapana ottaa esiin myös henkilökunnan koulutustoiveet. Loppuvuodesta laaditaan yhteinen koulutussuunnitelma ensi vuodelle. Vaikka tässä tutkimuksessa tuli esiin koulutustarpeet liittyen ADHD:hen, on tarvetta lisäkoulutukseen varmasti muutenkin. Tavoitteenani on myös järjestää osastojen henkilökunnalle koulutusta ADHD:sta ja sen hoidosta. Tutkimuksessa tuli hyvin esiin se millaista koulutusta sairaanhoitajat aiheesta toivovat. Myös ADHD-coachien roolia osastoilla tulee miettiä uudestaan. Tutkimus antoi siis hyvää tietoa asioista, joihin voidaan vaikuttaa ja näin parantaa henkilökunnan työtä ja jaksamista sekä nuorten hoitoa.

Jatkotutkimusaiheena näkisin mielenkiintoiseksi selvittää miten nuoret ja perheet ovat kokeneet osastohoidon. Tuovatko he samoja asioita esiin, mitä henkilökunta toi tässä tutkimukses-

sa. Oman kokemuksen mukaan perheet ja nuoret ovat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitoonsa. Joten vaikka sairaanhoitajat kokevat, että heillä ei ole tarpeeksi tietoa ADHD:sta, niin osastohoito antaa juuri sitä tukea ja hoitoa mitä nuoret tarvitsevat. Tämän tutkimuksen pohjalta voisi myös tehdä määrällisen tutkimuksen, jossa voisi selvittää kyseisiä asioita laajemmin. Eli ovatko sairaanhoitajien kokemukset perhetyöstä, yhteisöllisyydestä ja koulutuksesta samankaltaiset myös muualla. Tämä tutkimushan antaa tulokset sidottuna kyseiseen kontekstiin, mutta miksei asiaa voisi selvittää myös muilla sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla ja myös muissa ammattiryhmissä. Ehkä silloin saataisiin valtakunnallisempaa tietoa ja löydetäisiin kehittämisalueita. Tavoitteena on kuitenkin luoda mahdollisimman hyvä pohja ADHD:hen sairastuneiden lasten-, nuorten ja aikuisten hoitoon.

LÄHTEET

- Adler, L. & Florence, M. 2009. ADHD - levoton mieli. Tietoa, toivoa ja apua aikuisiän tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöön. 1. korjattu painos. Tampere: Esa Print Oy.
- Ahlfors, L., Saarikoski, M. & Sova, I. 1992. Psykiatrinen auttamistyö. 2. uudistettu painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Barkley, R.A. 2008. Kuinka hallita ADHD. New York: The Guilford Press.
- Beckman, V. & Fernell, E. 2007. Utredning och diagnostik. Teoksessa: Beckman, V. (toim.) 2007. ADHD/DAMP - en uppdatering. Poland: Pozkal. 23-36.
- Berg, L. 2009. Psykoedukatiivinen perhetyö. Teoksessa: Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy. 144-168.
- Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Psykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Lievestuore: ER-paino Oy.
- Betz, C. 2006. Attention deficit hyperactivity disorder: Nurses are important members of the Team. Journal of Pediatric Nursing. Vol 21, No 3. 171-174.
- Cederblad, M. 1992. Lasten ja nuorten psykiatria. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Cimera, R. 2002. Teaching superman how to fly - making ADHD a gift. Maryland: Scarecrow Press Inc.
- Erkolahti, R. 2006. Nuorisopsykiatrinen osastohoito. Teoksessa: Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy, 208-215.
- Field, P.A. & Morse, J.M. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki: Kirjayhtymä
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Vantaa: Dark Oy.
- Green, C. & Chee, K. 2004. The pocket guide to understanding ADHD. Practical tips for parents. London: Vermilion.
- Haapakoski, A. 2002. Suuren ja pienen tarinan välissä - uusien asiantuntijaryhmien ammatillisen tiedon rakentuminen. Teoksessa: Pirttilä, I. & Eriksson, S. 2002. Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: Paino Kopijyvä Oy. 105-117.
- Harding, K., Judah, R. & Gant, C. 2003. Outcome-based comparison of Ritalin versus food-supplement treated children with AD/HD. Alternative Medicine Review. Volume 8, Number 3, 319-330. Viitattu 1.7.2009. <http://www.alternativementalhealth.com/articles/gant.pdf>
- Heilig, M. 2007. Kropp, själ och läkemedel vid ADHD. Teoksessa: Beckman, V. (toim.) 2007. ADHD/DAMP - en uppdatering. Poland: Pozkal. 77-93.

Henttonen, N., Kangas, R., Leimu, P. & Palomäki, T. 2004. AD/HD - tietoa päättäjille. ADHD-liitto ry, verkkoprojekti. Viitattu 23.6.2009. <http://www.adhd-liitto.fi/Paattajienopas.pdf>

Herrgård, E. & Airaksinen, E. 2004. Tarkkaavuus- ja oppimishäiriöt. Teoksessa: Sillanpää, M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko, M. & Rantala, H. (toim.). 2004. Lastenneurologia. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 241-269.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13. - 14. osin uudistettu painos. Keuruu: Otava Kirjapaino Oy

Honos-Webb, L. 2005. The gift of ADHD - How to transform your child's problems into strengths. United States of America: New Harbinger publications inc.

Hurtig, T. 2007. Adolescent adhd and family environment - an epidemiological and clinical study of adhd 1986 birth cohort. Oulu: Oulu university press. Viitattu 10.5.2009 <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284229/isbn9789514284229.pdf>

Hynynen, E. 1999. Psykiatrisen sairaanhoitajan koulutusammatin kehittyminen psykiatrisen hoitotyön näkökulmasta. Teoksessa: Mielenterveystyön opettajat ja ylihoitajat ry. 1999. Mielenterveystyö ja opetus - matkalla kohti muutosta. 9-27. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Iija, A., Almqvist, S., & Kiviharju-Rissanen, U. 1996. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Isohanni, M. 2005. Psykoterapiat. Teoksessa: Lepola, U., Koponen, H. & Leinonen, S. ym. 2005. Psykiatria. 1.-2. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö. 264-281.

Jacobs, E. 2004. ADHD - Helping parents help their children. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers Inc.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Johdanto: laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WS Bookwell Oy. 7-20.

Katajisto, O. & Tuominen, E. 2006. "Kyllä sitä välillä ollaan niin nokat vastakkain." Tutkimus koskien ylivilkkaisten leikki-ikäisten ja muiden samanikäisten lasten vanhemmuutta ja perhekoulu-intervention vaikuttavuutta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Viitattu 7.5.2009 https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11138/URN_NBN_fi_jyu-2006552.pdf?sequence=1

Kannosto-Puhakka, V. 2004. Tarkkaavaisuushäiriöinen lapsi koulussa. Erityisopettajien käsityksiä ja toimintamenetelmiä tarkkaavaisuushäiriöisen lapsen koulunkäynnin tueksi. Pro gradu-tutkielma. Joensuun yliopisto. Erityispedagogiikan laitos. Viitattu 9.5.2008 http://www.adhd-liitto.fi/Kannosto_Puhakka.pdf

Korhonen, T. 2004. Tarkkaavaisuushäiriöt. Teoksessa: Myllykoski, A-M., Melamies, N. & Kangas, S. (toim.). 2004. Itsenäistynyt nuori ja AD/HD. Juva: WS Bookwell Oy. 12-15.

Kuipers, E., Leff, J. & Lam, D. 2005. Koulutuksellinen perhetyö. 2. uudistettu painos. Helsinki: ER-paino Oy.

Kutscher, M. 2005. Kids in the syndrome mix of ADHD, LD, Asperger's, Tourette's, Bipolar and more. The one stop guide for parents, teachers, and other professionals. Iso-Brittania: Athenaeum Press.

Krause, K. & Kiikkala, I. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. 1996. Tampere: Tammer-Paino oy.

Käypähoitosuositus. 2007. Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito. Duodecim.

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Latvala, E., Visuri, T. & Janhonen, S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Latvala, E & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WS Bookwell Oy. 21-43.

Laukkanen, E. & Salonen, L. 2006. Nuorten hoitaminen osastoyhteisössä. Teoksessa: Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Karisto Oy, 216-223.

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lehtokoski, A. 2004. Aikuisen ADHD ja aivojen arvoitus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lukkarinen, H. 2003. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmionä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WS Bookwell Oy. 116-164.

Lääkelaitos. 2009. Ihmisille tarkoitettujen lääkevalmisteiden valmisteyhteenvedot. Equasym® Retard. Viitattu 15.9.2009.
<http://spc.nam.fi/indox/nam/html/nam/humspc/3/1055613.shtml>

Lönnqvist, J., Partonen, T., Marttunen, M., Henriksson, M. & Heikkinen, M. 2001. Psykiatria -kysymyksiä ja vastauksia. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2009. Psykoosi. Sairauksien ehkäisy. Artikkeliterveyskirjaston internet-sivuilla. Viitattu 12.10.2009
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00066

McMurray, A. 1993. Yhteisökeskeinen hoitotyö. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava

Michelsson, K., Saresma, U., Valkama, K. & Virtanen, P. 2000. MBD ja ADHD - diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen. Juva: WS Bookwell Oy

Michelsson, K., Miettinen, K., Saresma, U. & Virtanen, P. 2003. AD/HD nuorilla ja aikuisilla. Juva: WS Bookwell Oy.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 8.5.2009
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search\[type\]=pika&search\[pika\]=mielenterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search[type]=pika&search[pika]=mielenterveyslaki)

- Murto, K. 1997. Yhteisöhoidon suuntauksia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nigg, J.T. 2006. What causes ADHD? - understanding what goes wrong and why. New York: The Guilford Press.
- Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 215-221.
- Nieminen - von Wendt, T. 2005. Tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriö eli ADHD. Kunnallislääkäri 5/2005, 24-29.
- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 1995. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 10. painos. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset:
- Paavonen, J. 2004. Sleep disturbances and psychiatric symptoms in school-aged children. Academic dissertation. University of Helsinki. Department of child psychiatry. Helsinki: Yliopistopaino.
- Pauc, R. 2006. Is That My Child? - Exploding the myths of Dyspraxia, Dyslexia, Tourette's syndrome of childhood, ADD, ADHD and OCD. London: Virgin Books Ltd.
- Paul, D. 2008. ADHD - The Essential Guide. Peterborough: Need2Know.
- Piha, J. 2000a. Osastohoito. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I. & Tamminen, T. ym. 2000. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 335-340.
- Piha, J. 2000b. Perhe ja ympäristö. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I. & Tamminen, T. ym. 2000. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 65-108.
- Pirkola, S. & Sohlman, B. 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Riita, T. 2009. ADHD-nuori aikuisuuden kynnyksellä. ADHD-liiton jäsenlehti 2/2009. Helsinki: ADHD liitto ry. 30-31.
- Rintahaka, P. 2007. Lasten ja nuorten ADHD. ADHD - keskuksen julkaisema opas.
- Räsänen, E. 2000a. Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I. & Tamminen, T. ym. 2000. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 191-204.
- Räsänen, E. 2000b. Psykenlääkehoito. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I. & Tamminen, T. ym. 2000. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 352-358.
- Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 3. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Siirola, E. 1999. Mielenterveysasiakkaiden omaisten kohtaaminen. Teoksessa: Mielenterveystyön opettajat ja ylihoitajat ry. 1999. Mielenterveystyö ja opetus - matkalla kohti muutosta. Tampere: Tammer-Paino Oy, 54-57.
- Selikowitz, M. 2004. ADHD - the facts. New York: Oxford University Press Inc.

Smalley, S., McGough, J., Moilanen, I. ym. 2007. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Painossa. Viitattu teoksessa: Käypähoitosuositus. 2007. Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito. Duodecim.

Tilbury, D. 1994. Mielenterveystyön opas. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Tuori, T., Sohlman, B., Ekqvist, M. & Solantaus, T. 2006. Alaikäisten psykiatrisen sairaalahoidon Suomessa 1995-2004. Stakesin raportteja 13/2006. Helsinki: Valopaino Oy.

Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 26-34.

Vähäkylä, L. 2006. Hoidossa vai heitteillä? Mielenterveyspotilaana Suomessa. Hämeenlinna: Karisto Oy Kirjapaino.

Välimäki, M. & Mäkitalo, J. 2000. Psykiatrisen hoitotyön luonne ja työn vaatimat ammattitaidot. Teoksessa: Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyö muutos. Juva: WS Bookwell Oy, 16-23.

Åstedt - Kurki, P. & Nieminen, H. 2006. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 152-163.

WHO. 2005a. Euroopan mielenterveysjulistus. Euroopan alueen ministerikonferenssi mielen-terveydestä. Helsinki. Viitattu 12.7.2009. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/EC7BE21B-039F-4231-A921-CA16466D96AD/0/Julistus.pdf>

WHO. 2005b. Mielenterveystyön toimintasuunnitelma Euroopassa. Euroopan alueen ministerikonferenssi mielen-terveydestä. Helsinki. Viitattu 12.7.2009. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A349AA21-57C7-4FCA-84D0-44DC4DC24F21/0/toimintasuunnitelma.pdf>

LIITTEET

Liite 1. Tutkimussuunnitelman tiivistelmä

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRITUTKIMUSSUUNNITELMAN TIIVISTELMÄ JA
LISÄTIETOJA

Jos tutkimuksen tiedot siirretään HUS:n internetin rekisteriin on alla olevien kenttien tiedot täytettävä englanniksi!

Tutkimuksen vastuhenkilö	Suku- ja etunimet Enckell Jenni Johanna
Tutkimus- suunnitelman tiivistelmä (Internettiin)	<p>Kuvaus tutkimuksen <u>taustasta, tavoitteista</u> ja arvio merkityksestä sekä <u>päämuuttujasta ja tärkeimmistä mitattavista muuttujista</u>. Tarvittaessa tiedot tutkimuksen <u>ensisijaisesta ja toissijaisista rahoittajista / rahoituslähteestä</u>. Kuvaus <u>tutkimustyyppistä</u> (esim. radomisoitu / ei-radomisoitu tutkimus, kaksoissokkotutkimus, plasebon käytöstä yms.) sekä tieto tutkimukseen osallistuvien <u>koehenkilöiden ja potilaiden määrästä</u> (jos kyseessä on monikeskustutkimus ilmoitetaan tutkimuspotilaiden kokonaismäärä tutkimuksessa).</p> <p>Tarkentavia tietoja tutkimuksesta, korkeintaan 2000 merkkiä, tekstiä voidaan jatkaa Lisätietoja kohdassa (englanniksi, jos tiedot Internettiin): Tutkimussuunnitelmassa on mainittava seuraavat seikat:</p> <p><i>Funding source(s), Primary sponsor, Secondary sponsor(s), Condition, Intervention(s), Key inclusion and exclusion criteria, Study type, Target sample size, Recruitment status, Primary outcomes and Key secondary outcomes.</i></p> <p>Tämä opinnäytetyö on Laurea – ammattikorkeakoulun ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvä työ. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia hoitaa nuorisopsykiatrisella osastolla nuoria, joilla on todettu ADHD. Asiaa lähestytään perhetyön ja yhteisöllisyyden teemoista. Tarkoituksena on myös selvittää millaista koulutusta sairaanhoitajat ovat aiheesta saaneet, millaista hyötyä siitä on ollut ja millaista koulutusta he vielä toivoisivat. Opinnäytetyö tehdään laadullisena tutkimuksena, jossa aineiston keruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua ja aineisto analysoidaan induktiivisen päättelyn avulla sisällönanalysillä. Opinnäytetyön taustalla on fenomenologinen lähestymistapa, joka soveltuu tällaiseen tutkimukseen, jossa kerätään ihmisten kokemuksia.</p> <p>Tutkimuskysymykset</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on perhetyöstä ja yhteisöllisyydestä nuorten kanssa joilla on todettu ADHD? 2. Miten saatu koulutus vastaa sairaanhoitajien tarpeeseen hoitaa nuoria, joilla on todettu ADHD? 3. Millaista koulutusta sairaanhoitajat toivovat kyseisten nuorten hoitotyöhön? <p>Tutkimus suoritetaan HYKS nuorisopsykiatriassa Jorvin sairaalassa osastoilla PN2 ja PN1. Haastateltavia on yhteensä kahdeksan, molemmilta osastoilta haastatellaan neljää sairaanhoitajaa. Haastattelut äänitetään ja litteroidaan. Haastattelut ja litteroitu materiaali hävitetään analyysin jälkeen. Haastateltavat valikoituvat tutkimukseen työkokemuksensa perusteella niin, että heillä on mahdollisimman pitkä työkokemus nuorisopsykiatriasta. Huomioon otetaan pidemmät poissaolot työstä kuten työnkierrot, äitiys- ja vanhempainvapaat. Haastatteluun valituille lähetetään kutsuna kirje ja haastattelu aika sovitaan yhdessä. Haastattelut tapahtuvat sairaanhoitajien työajalla ja aikaa jokaiseen haastatteluun varataan yksi tunti. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tuloksissa pyritään kuvaamaan sairaanhoitajien kokemukset niin, ettei niistä tunnista yksittäistä henkilöä.</p> <p>Opinnäytetyön keskeisimpiä käsitteitä ovat ADHD, psykiatrinen osastohoito, perhetyö ja yhteisöllisyys. Opinnäytetyön teoreettinen osuus koostuu näistä neljästä käsitteestä. Lisäksi tärkeänä käsitteenä on koulutus. Tutkimusmenetelmäkirjallisuus keskittyy laadulliseen tutkimukseen, teemahaastatteluun, fenomenologiaan ja sisällönanalyyysiin.</p> <p>Tutkimussuunnitelma on tarkoitus saada valmiiksi toukokuussa 2009. Tämän jälkeen haen tutkimusluvan ja aineiston keruu aloitetaan sen jälkeen. Kesä- elokuussa 2009 litteroidaan aineisto ja tehdään sisällönanalyysi. Opinnäytetyöni on valmis 2009 vuoden loppuun mennessä.</p> <p>Valmis opinnäytetyö toimitetaan HYKS Psykiatrian johtavalle ylihoitajalle, Taina Ala-Nikkolalle.</p>

Lisätietoja (Internetiin)	<p>Tutkimuksen lisätietoja, tutkimussuunnitelmaa voi jatkaa vielä tässä kentässä, korkeintaan 2000 merkkiä.</p> <p>Haastattelun runko on teemahaastattelussa hyvin väljä. Tässä haastattelurunko:</p> <p>Työkokemus:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psykiatriasta Nuorisopsykiatriasta <p>Työkäytänteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Perhetyö, millaisia kokemuksia siitä on? Onko hoitanut nuoria joilla on ADHD? Miten kokee perhetyön sujuneen heidän kanssaan? Miten vanhemmat ja perheet ovat erilaisia kuitenkin muiden nuorten? Miten ADHD vaikuttaa yhteisöllisyyteen? Miten impulssivisuus, hyperaktiivisuus tai keskittymiskyvyttömyys näkyvät yhteisössä? Miten muut nuoret suhtautuvat? Miten hoitajat suhtautuvat? Miten hoitaminen eroaa muiden nuorten hoitamisesta? <p>Koulutustausta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Millaista koulutusta on saanut opiskeluaikoina ADHD:hen liittyen? Millaista erikoiskoulutusta on saanut liittyen ADHD:hen? Miten koulutus on hyödyttänyt hoitotyössä? <p>Lisäkoulutus:</p> <ul style="list-style-type: none"> Millaista koulutusta kokee tarvitsevänsä? Mistä asioista sen pitäisi koostua? Kuinka usein sen tulisi olla? Onko sellaista tietääksesi saatavissa? Muuttaisiko saatua koulutusta tapaasi kohdata ko. nuoria ja perheitä?
------------------------------	---

Liite 2. Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI
HYKS-sairaanhoitoalue 2009
Psykiatrian tulosyksikkö

TUTKIMUSLUVAN
MYÖNTÄMINEN
§ 101
30.06.2009

1 (2)

Dnro

Esittelijä johtava ylihoitaja Taina Ala-Nikkola

Asia TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN APULAIOSASTONHOITAJA JENNI JOHANNA ENCKELLILLE AMMATTIKORKEAKOULUN YLEMPÄÄN TUTKINTOON LIITTYVÄÄN OPINNÄYTETYÖHÖN: DIAGNOOSINA ADHD- SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA HOITAMISESTA NUORISOPSYKIATRISSELLA OSASTOLLA


Perustelut Olen tutustunut minulle esitettyyn tutkimussuunnitelmaan sekä tutkimuslupahakemukseen ja se liitteisiin ja pidän tutkimusta perusteltuna. Tutkimuslupahakemus on asian mukaisesti täytetty ja siitä käyvät ilmi tutkimusluvan myöntämisen kannalta olennaiset seikat.

Kyseessä on Laurea-ammattikorkeakoulun ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvä työ, joka vastuuhenkilönä HYKS Psykiatrian tulosyksikössä toimii ylihoitaja THM Anja Hottinen. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia hoitaa nuorisopsykiatrisella osastolla nuoria, joilla on ADHD. Lisäksi selvitetään sairaanhoitajien koulutuksellisia valmiuksia ja koulutustarvetta. Käytettävät laadulliset tutkimus- ja analysointimenetelmät ovat soveltuvia ihmisten kokemusten tutkimiseen. Tutkimus suoritetaan HYKS nuorisopsykiatriassa Jorvin sairaalassa osastoilla PN2 ja PN1. Tutkimuksessa haastatellaan kolmen tutkimuskysymyksen avulla yhteensä kahdeksaa sairaanhoitajaa. Haastatteluun valitaan mahdollisimman pitkän työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat. Haastatteluun varataan aikaa yksi tunti haastattelua kohti. Haastateltavat voivat osallistua haastatteluun työajallaan. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tiedot tulee käsitellä siten, että yksittäisiä tutkimushenkilöitä ei voi tunnistaa. Tutkimuksen tekijä vastaa itse tutkimuksen kustannuksista, joten HYKS Psykiatrian tulosyksikölle ei aiheudu kustannuksia.

Päätös Päätän myöntää tutkimusluvan osastonhoitaja Jenni Johanna Enckellille opinnäytetyölle Diagnoosina ADHD- Sairaanhoitajien kokemuksia hoitamisesta nuorisopsykiatrisella osastolla ajalle 15.6.2009-31.12.2009. Tutkimuksen ohjauksesta vastaa Laurea AMK. Tutkimuksen vastuuhenkilönä HYKS Psykiatrian tulosyksikössä toimii ylihoitaja THM Anja Hottinen.

Päätösvallan peruste HUS, yleiskirje 22/2009

Sovelletut oikeusohjeet HUS, Yleiskirje 22/2000 ja 4/2004
Henkilötietolaki 523/1999


Sami Pirkola
HYKS psykiatrian tulosyksikön johtaja, vs.

Liitteet Tutkimuslupahakemus, tiivistelmä ja tutkimussuunnitelma

Jakelu Ylihoitaja Anja Hottinen
Apulaisosastonhoitaja Jenni Johanna Enckell
Johtava ylihoitaja Taina Ala-Nikkola
TIETU-rekisteri

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPUORI
HYKS-sairaanhoidoalue 2009
Psykiatrian tulosityksikkö

TUTKIMUSLUVAN
MYÖNTÄMINEN
§ 101
30.06.2009

2 (2)

Dnro

Lähetetty tiedoksi

1.7.2009/TK

Liite 3. Kirje tutkimukseen valituille

Hei (työntekijän nimi) !

Olen valinnut sinut mukaan opinnäytetyöhöni kuuluvaan tutkimushaastatteluun.

Opiskelen Laurea - ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen opinnäytetyötä jonka tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia hoitaa nuorisopsykiatrisella osastolla nuoria, joilla on todettu ADHD. Asiaa lähestytään perhetyön ja yhteisöllisyyden teemoista. Tarkoituksena on myös selvittää millaista koulutusta sairaanhoitajat ovat aiheesta saaneet, millaista hyötyä siitä on ollut ja millaista koulutusta he vielä toivoisivat. Opinnäytetyö tehdään laadullisena tutkimuksena, jossa aineiston keruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua ja aineisto analysoidaan induktiivisen päättelyn avulla sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön taustalla on fenomenologinen lähestymistapa.

Tutkimus suoritetaan HYKS nuorisopsykiatriassa Jorvin sairaalassa osastoilla PN2 ja PN1. Haastateltavia on yhteensä kahdeksan, molemmilta osastoilta haastatellaan neljää sairaanhoitajaa. Haastattelut äänitetään ja litteroidaan. Haastattelut ja litteroitu materiaali hävitetään analyysin jälkeen. Haastateltavat valikoituvat tutkimukseen työkokemuksensa perusteella niin, että heillä on mahdollisimman pitkä työkokemus nuorisopsykiatriasta erityisesti Jorvin sairaalassa. Haastattelut tapahtuvat sairaanhoitajien työajalla kesäkuun aikana ja aikaa jokaiseen haastatteluun varataan yksi tunti. Tuloksissa pyritään kuvaamaan sairaanhoitajien kokemukset niin, ettei niistä tunnista yksittäistä henkilöä.

Laitan tämän kirjeen sinulle tiedoksi etukäteen ja palaan asiaan henkilökohtaisesti kanssasi sopiakseni haastatteluajan. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Valmis opinnäytetyö toimitetaan HYKS Psykiatrian johtavalle ylihoitajalle, Taina Ala-Nikkolalle.

Terveisin,

Jenni Enckell

Liite 4. Aineiston abstrahointi

